

SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA

Relações entre o Sentido Interno de Coerência,
Bem-estar subjectivo e Depressão em Idosos

Mónica Dias Ferreira

Porto, 2007

Mónica Dias Ferreira

SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA

Relações entre o Sentido Interno de Coerência,
Bem-estar subjectivo e Depressão em Idosos

Dissertação apresentada na Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, na área de especialização
em Psicologia do Idoso sob a orientação do
Professor Doutor Félix Neto.

Porto, 2007

RESUMO

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. A OMS prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos. Recentemente, o conceito de Sentido Interno de Coerência foi catapultado para o âmbito da promoção da saúde, inserindo-o nas grandes linhas mestras orientadoras das macro-políticas de promoção de saúde mental do século XXI. A aplicação do modelo salutogénico de Antonovsky à psicologia do envelhecimento aponta para a importância do conceito na saúde mental do idoso.

Uma amostra de 99 sujeitos (de uma população original de 104) com idades compreendidas entre os 48 e 85 anos foram inquiridos por questionário. Várias medidas foram obtidas - o Sentido Interno de Coerência; as medidas de avaliação do bem-estar (percepção do estado de saúde; satisfação com a vida e afectividade positiva/negativa), e algumas variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil e classificação social).

Dos resultados obtidos destacam-se as seguintes conclusões: O valor médio do Sentido Interno de Coerência é de 130,64, com um desvio padrão de 22,14 e uma amplitude que varia entre os 87 e 177, apresentando um valor inferior à média da escala. Não foram encontradas diferenças nos valores de SIC segundo a idade ao nível das variáveis sociodemográficas, apenas o sexo apresenta valores estatisticamente significativos. Nas medidas de avaliação do bem-estar, o Sentido Interno de Coerência encontra-se correlacionado positivamente com a afectividade positiva e com a percepção do estado de saúde, enquanto se encontra correlacionado negativamente com as medidas de depressão e afectividade negativa. A dimensão afectiva do Bem-estar subjectivo revelou-se o melhor preditor dos valores de Sentido Interno de Coerência, explicando cerca 47% da variância, o que confirma o proposto inicialmente para o estudo que aponta para um peso maior das medidas de avaliação do bem-estar, relativamente as variáveis demográficas.

Palavras - chave

Sentido Interno de Coerência de Antonovsky; Envelhecimento; Satisfação com a Vida; Depressão; Afectividade Positiva e Negativa; Bem-estar Subjectivo; Variáveis sóciodemográficas.

ABSTRACT

The aging of the population is a world-wide phenomenon. The World Health Organization (WHO) predicts that in 2025 there will be 1.2 billion people over the age of 60. Recently, the concept of Internal Sense of Coherence has been catapulted into the area of the promotion of the health, and has been included in the great orienting master lines of the macro-politics that promote the mental health of the 21st century. The application of Antonovsky's salutogenic model to ageing psychology aims at the importance of the concept in the aged's mental health.

A sample of 99 subjects (out of an original population of 104) in the 48-85 age range was inquired by questionnaire. Several measures were obtained – The Internal Sense of Coherence; the measures of evaluation of Well-being (perception of health condition; satisfaction with life and positive / negative affection), and some sociodemographic variables (age, gender, marital status and social classification).

From the results one can stand out the following conclusions: the average of the SOC is 130.64, with a standard deviation of 22, 14 and an amplitude that varies between 87 and 177, presenting a value which is inferior to the average of according the age regarding the sociodemographic variables. Gender is the only variable that presents values that are statistically significant. Concerning the measures of the evaluation of the well-being, the SOC is positively correlated to the positive affection and to the perception of the health condition, but is negatively correlate to the measures of depression and negative affection. The affective dimension of the subjective well-being proved to be the best predictor of the values of SOC, explaining about 47% of the variance, which confirms what was initially proposed for the study, that is, a bigger weight of the measures of evaluation of the well-being compared to the sociodemographic variables.

Key words

Antonovsky's Internal Sense of the coherence; ageing; satisfaction with the life; depression; negative and positive affectivity, subjective well-being, socio-demographic variables.

RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population est un phénomène d'amplitude mondiale, l'OMS prévoit qu'en 2025, il existera 1.2 billion de personnes avec plus de 60 ans. Récemment, le concept du sens de la concordance a été catapulté vers la promotion de la santé, l'insérant dans les grandes lignes maîtresses orientées des macro-politiques de la promotion de la santé mentale du siècle XXI. L'application du modèle salutogénic d'Antonovsky sur la psychologie du vieillissement se dirige vers l'importance du concept de la santé mentale des âgés.

99 citoyens (d'une population originale de 104 citoyens), avec des âges compris entre 48 et 85 ans, avaient été enquêtés par un questionnaire. Plusieurs mesures avaient été obtenues – le sens interne de la concordance; les mesures de l'évaluation du bien-être (perception de l'état de santé; satisfaction avec la vie et l'affectivité positive/négative); et quelques variables démographiques (âge, sexe, état civil et classification sociale).

Des résultats obtenus, les conclusions suivantes sont distinguées: le résultat moyen du sens de la concordance est de 130.64, avec une ligne de manœuvre norme de 22.14 et une amplitude qui varie entre 87 et 177, présentant une valeur inférieure à la moyenne de l'échelle. Ils n'avaient pas trouvé de différence de valeurs de SIC selon l'âge au niveau des variables démographiques, seulement le sexe présente des valeurs statistiques significatives. Dans les mesures du bien-être, le sens interne de concordance se trouve co-relacionné négativement avec l'état de dépression et de l'affectivité négative. La dimension affective du bien-être subjectif a montré être le facteur prédictif des valeurs du SIC, expliquant 47% de variabilité; ce qui confirme le propos du début de l'étude qui se dirige vers un plus grand poids des mesures de l'évaluation du bien-être, en relation aux variables démographiques.

Mots clés

Sens d'Antonovsky's de la concordance; vieillissement; satisfaction avec la vie; dépression; affectivité négative et positive; bien-être subjectif; variables sociaux-démographiques

Agradecimentos

A todos os que contribuíram para a realização desta investigação, nomeadamente:

- Ao Prof. Doutor Félix Neto, pelo seu saber e disponibilidade para a orientação desta dissertação.
- A Dr^a Glória e Dr^a Augusta, pelo seu apoio institucional, no âmbito do Mestrado em Psicologia do Idoso.
- A todos os idosos das Universidades Seniors de Espinho e Santa Maria da Feira, que se disponibilizaram para dar os seus testemunhos, contributos essenciais para a concretização dos objectivos deste trabalho.
- A todos aqueles que, de uma forma directa ou indirecta, contribuíram, para levar a cabo esta investigação.
- Aos avôs Filipe e Manuel; e as avós Delfina e Emília, pelo exemplo de longevidade centenária e de envelhecimento activo.
- À minha família, pelo exemplo que me deram de coragem e de luta, que constitui para mim uma referência permanente.
- A ti, Hugo, simplesmente por estares aqui SEMPRE.

Abreviaturas

- ESV** - Escala de Satisfação com a Vida
- Ccom** - Capacidade de compreensão
- CGma** - Capacidade de gestão
- CID** - Classificação Internacional de Doenças
- Clmea** - Capacidade de investimento
- DSM** - Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais
- GDS** - Geriatric Depression Scale
- INS** - Instituto Nacional de Estatística
- OLQ** - Orientation to Life Questionnaire
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- OPSS** - Observatório Português dos Sistemas de saúde
- PANAS** - Positive and Negative Affect Schedule
- QOV** - Questionário de Orientação para Viver
- SNS** - Serviço Nacional de Saúde
- SIC** - Sentido Interno de Coerência
- SCO** - Sense of the coherence
- SWLS** - Satisfaction with life scale
- SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences
- α - Coeficiente Alpha de Cronbach

Índice

Introdução.....	10
 Capítulo I - O Envelhecimento.....	14
I.1 - Noções gerais sobre o envelhecimento.....	15
I.2 - A divisão etária.....	18
I.3 - Perspectiva histórica da psicologia do envelhecimento.....	19
I.4 - Estatísticas demográficas.....	22
 Capítulo II - Sentido Interno de Coerência - um conceito inovador.....	28
II.1 - O Paradigma Patogénico.....	30
II.2 - Paradigma Salutogénico.....	30
II.3 - Modelo SIC.....	37
II.4 - O Sentido interno de coerência e as características sócio-demográficas.....	44
II.5 - O sentido interno de coerência e o bem-estar subjectivo.....	47
II.6 - O sentido interno de coerência e a depressão.....	54
II.7 - O Sentido interno de coerência - Encontrando o lugar nas teorias da saúde e no envelhecimento.....	61
 Capítulo III - Estudo Empírico.....	67
III.1 - Objectivos e conceptualização do estudo.....	68
III.2 - Método.....	71
III.2.1 - Amostra.....	71
III.2.2 - Instrumentos e medidas utilizadas.....	73
III.2.3 - Procedimento.....	80
III.2.4 - Análise estatística utilizada.....	83
III.3 - Apresentação e discussão dos resultados.....	84
III.3.1 - Caracterização da amostra.....	84
III.3.2 - Estatística descritiva de variáveis contínuas.....	87
III.3.3 - Análise factorial.....	90
III.3.4 - Estatística Inferencial.....	93

III.3.5 - Estatística correlacional.....	100
III.4 - Conclusões.....	104
Referências Bibliográficas.....	107

Índice de Anexos

Anexo I: Questionário de avaliação.....	118
--	-----

Índice de Ilustrações

Ilustração 1: Pirâmide Etária, Portugal 1960-2001	24
Ilustração 2: A saúde como um espaço de convergência de várias dimensões num contínuo disfuncionalidade/funcionalidade máxima.....	37

Índice de Quadros

Quadro 1: Linhas orientadoras do modelo patogénico e do modelo salutogénico	31
Quadro 2: Sintomas e sinais de depressão nos idosos	59
Quadro 3: Dimensões, instrumentos e itens que compõem o estudo.....	74
Quadro 4: Níveis de instrução sugeridos por Graffar.....	75
Quadro 5: Estatísticas descritivas de variáveis demográficas	86
Quadro 6: Estatísticas descritivas da escala de satisfação com a vida, escala geriátrica de depressão; escala de avaliação do sentido interno de coerência (e suas componentes) e escala de avaliação positiva – negativa do bem-estar subjectivo	89
Quadro 7: Valores de consistência interna para as diferentes escalas do estudo	91
Quadro 8: Correlações item-score total dos itens da escala de avaliação do sentido interno de coerência.....	92
Quadro 9: Análise comparativa do sentido de coerência com base no sexo	94
Quadro 10: Análise comparativa do sentido de coerência com base no estado civil.....	94

Quadro 11: Análise comparativa do sentido de coerência com base na percepção do estado de saúde	95
Quadro 12: Análise comparativa do sentido de coerência com base na idade	96
Quadro 13: Análise comparativa do sentido de coerência com base nas habilitações académicas	97
Quadro 14: Análise comparativa do sentido de coerência com base no grupo profissional	98
Quadro 15: Análise comparativa do sentido de coerência com base nas fontes de rendimento	98
Quadro 16: Análise comparativa do sentido de coerência com base no local de residência	99
Quadro 17: Análise comparativa do sentido de coerência com base no conforto de alojamento	100
Quadro 18: Correlações entre o sentido interno de coerência e as restantes escalas de avaliação do bem-estar	101
Quadro 19: Correlações entre as componentes sentido interno de coerência e as restantes escalas de avaliação do bem-estar	102
Quadro 20: Sumário da regressão hierárquica.....	102
Quadro 21: Coeficientes de regressão	103

Índice de Tabelas

Tabela 1: Itens da variável SIC – Capacidade de compreensão	41
Tabela 2: Itens da variável SIC – Capacidade de gestão	42
Tabela 3: Itens da variável SIC – Capacidade de investimento.....	43

Introdução

A definição de saúde preconizada pela OMS (1997) caracteriza-a como sendo um estado físico, psicológico e social de completo bem-estar, que implica não só a ausência de doença e de comportamentos de risco, mas também a qualidade de vida.

A saúde dos idosos é uma preocupação. De um ponto de vista abrangente, a saúde surge como o aspecto mais importante da vida das pessoas. Para os idosos, a saúde revela-se mais do que isso: é uma das variáveis determinantes da satisfação de vida (Willits e Crider, 1998 in Fonseca e Paul, 1999).

Devido ao envelhecimento progressivo da sociedade nestes últimos cem anos, têm vindo a ser desenvolvidas um conjunto de mudanças sociais, morais e políticas no sentido de incrementar a qualidade de vida e prevenir/reduzir as incapacidades e dependências das pessoas idosas.

A população idosa ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura da nossa sociedade: a diminuição da taxa de mortalidade, o aumento da esperança média de vida, os cuidados de saúde básica e o controle de várias doenças resultam num aumento e proporção de pessoas que vivem em estádios avançados de vida (ONU 2000).

Envelhecer bem é um processo heterogéneo e diferenciado, na medida em que cada um vive em contextos físicos e humanos diferentes. A partir deles varia um conjunto de características sociais (religião, educação, família, cultura, etc.) que influenciam o nosso envelhecimento.

Recentemente, o conceito de Sentido Interno de Coerência - do inglês *sense of coherence*- foi catapultado para o âmbito da promoção da saúde, inserindo-o nas grandes linhas mestras orientadoras das macro-políticas de promoção de saúde mental do século XXI (Organização Mundial de Saúde, 1997). A importância das conclusões baseadas nos estudos empíricos envolvendo o SIC do indivíduo, levou à introdução nos documentos da Organização Mundial da Saúde.

A promoção da saúde nas pessoas idosas e subsequentemente a sua qualidade de vida, encontram no paradigma salutogénico de Antonovsky um novo contributo através do conceito: Sentido Interno de Coerência (SIC). O dito

contributo visa reforçar as capacidades das pessoas idosas de gerirem de forma salutar, a exposição de factores de natureza psicossocial que se revelem stressantes e traumáticos.

Numa perspectiva do envelhecimento óptimo, devemos actuar no estilo de vida e no contexto de vida do idoso, seja este na família ou numa Instituição. Num outro plano de intervenção, esta deve visar o reforço da capacidade de coping para lidar com as situações stressantes e desafiantes do envelhecimento. Devemos sobretudo ajudar a compreender de que forma os contextos físicos e humanos devem convergir no sentido de criar interacções positivas que promovam o “Bom” envelhecimento.

Apesar de ainda não serem muito as relações entre o Sentido Interno de Coerência e o envelhecimento bem sucedido, verifica-se que uma SIC elevado aumenta as possibilidades/hipóteses dos sujeitos idosos, adquirirem uma elevada qualidade de vida. A aplicação do modelo salutogénico de Antonovsky à psicologia do envelhecimento apresenta um manancial de conhecimento ainda pouco explorado na promoção da independência salutar das pessoas idosas (Brooks, 1998).

Várias dezenas de trabalhos envolvendo o Sentido Interno de Coerência foram sendo realizados, em particular na última década (Berstein & Carmel, 1987, 1991; Bowman, 1996; Flannery & Flannery, 1990; Flannery, Perry, Penk, & Flannery, 1994; Frommberger et al., 1999; McSherry & Holm, 1994; Rennemark & Hagberg, 1999; Schnyder, Buechi, Sensky, & Klaghofer, 2000). Todos eles apontam para a importância do conceito na saúde mental. A correlação significativa do conceito com um conjunto de alterações no nível da saúde denota o seu vigor e a sua validade. Um elevado nível de SIC está associado a:

- Melhor percepção do estado de saúde;
- Diminuição de sintomas patológicos;
- Melhor estado de saúde;
- Melhor saúde mental;
- Menor risco de depressão;
- Menor probabilidade do desenvolvimento de comportamentos de risco;
- Maior esperança e participação no processo de recuperação;

- Melhor satisfação com a vida, bem-estar e diminuição de sintomas psicológicos negativos;
- Melhor adaptação das famílias à doença;
- Maior esbatimento das consequências resultantes de incapacidades permanentes;
- Menores queixas somáticas.

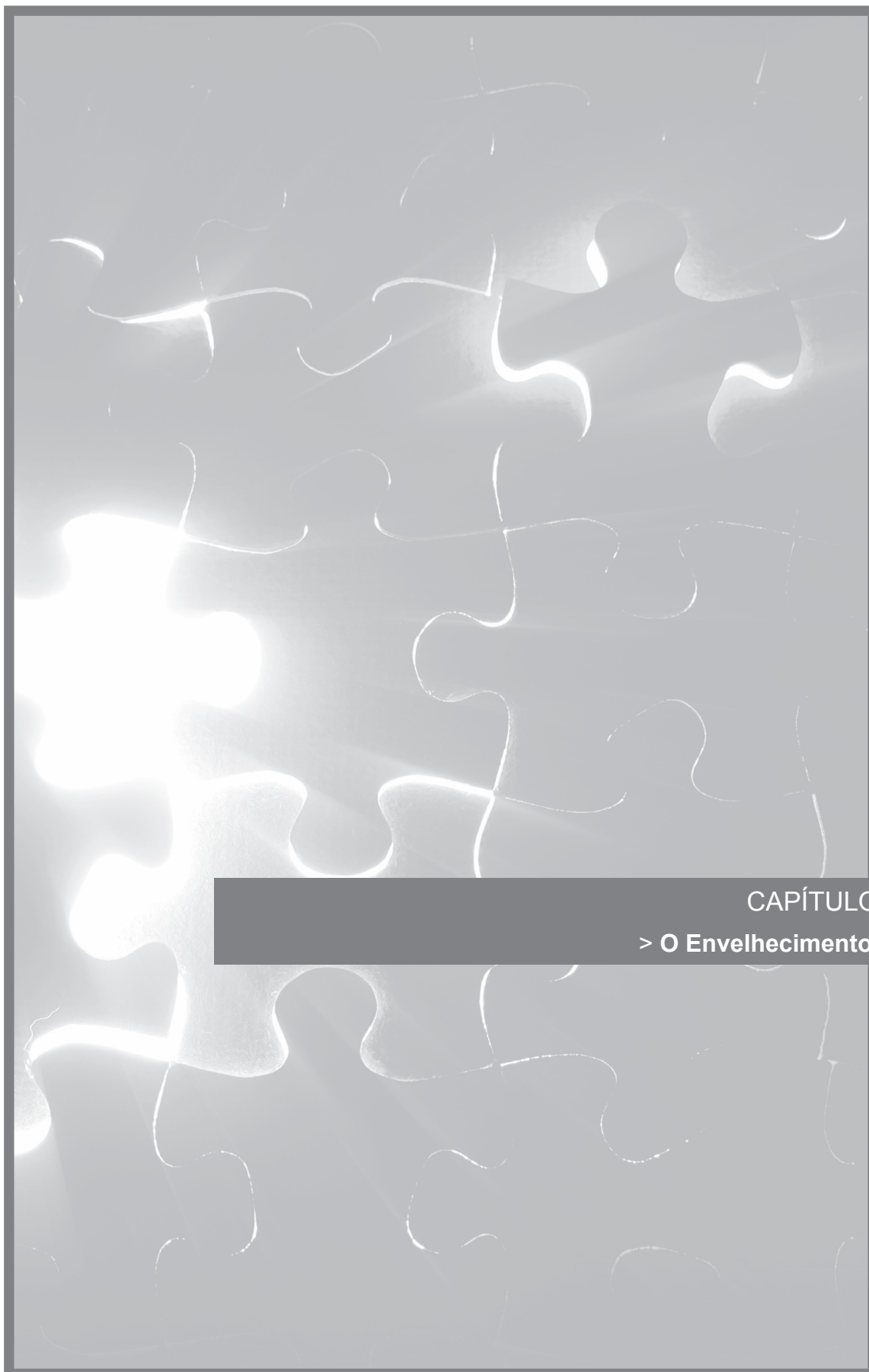
De acordo com os pressupostos atrás mencionados e no intento de contribuir para uma conduta mais esclarecida, alguns autores preconizam a necessidade da realização de estudos no sentido de uma melhor compreensão do Sentido Interno de Coerência e a sua influência na saúde mental dos idosos. Justifica-se, deste modo, a realização de investigações que permitam a abordagem do Sentido Interno de Coerência, não só como conceito teórico, mas como uma ferramenta útil na promoção de saúde e bem-estar nos idosos.

Neste sentido, propusemo-nos a elaboração deste trabalho que constitui uma participação pessoal baseada numa investigação com um desenho observacional e descritivo-analítico, desenvolvido no sentido da consecução dos seguintes objectivos específicos:

- a) Conhecer as relações existentes entre o Sentido Interno de Coerência e outras medidas de avaliação do bem-estar: Bem-estar subjectivo (Satisfação com a Vida e Afectividade Positiva/Negativa) e Depressão.
- b) Conhecer a importância das variáveis demográficas e outras medidas de avaliação do bem-estar no Sentido Interno de Coerência.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho é constituído por três partes, sendo a primeira reservada à definição e caracterização do envelhecimento e a segunda reservada ao enquadramento teórico do conceito de Sentido Interno de Coerência. O último capítulo, referente à metodologia, integra no início a lista de questões de investigação e das hipóteses formuladas, apresenta as opções metodológicas seguidas, nomeadamente no tratamento estatístico dos dados, incluindo a caracterização geral da amostra e os instrumentos de colheita de dados. A análise dos resultados apresenta os dados obtidos, em primeiro lugar numa referência descritiva da amostra e depois na análise da relação entre as

variáveis. Finalizamos o trabalho com uma discussão dos resultados, tendo em conta o quadro conceptual de referência, bem como a nossa experiência pessoal, terminando com uma síntese onde é dado realce aos resultados que consideramos mais relevantes, procurando identificar as suas implicações em termos de saúde pública e, a partir delas, formulando algumas recomendações no sentido de uma intervenção compreensiva, de fundamento salutogénico, na resolução, ou pelo menos, observação, dos problemas de saúde mental ligados às medidas de bem-estar subjectivo nos idosos.



CAPÍTULO I

> O Envelhecimento >

I.1 - Noções Gerais sobre o envelhecimento

A temática do envelhecimento tem vindo a assumir importância devido ao envelhecimento demográfico das populações na Europa e nos países industrializados em geral. O aumento da população idosa não se deve só ao facto de se verificar um aumento da esperança média de vida (uma vez que esta se prolonga na medida em que existe uma diminuição de mortalidade nos primeiros e nos últimos anos da vida), mas, em especial, pelo declínio da fecundidade, que consequentemente provoca uma alteração e inversão da pirâmide das idades: envelhecimento na base e aumento da importância relativa dos mais idosos. Em Portugal tal fenómeno intensificou-se com o movimento migratório, contudo a realidade não deixa de ser muito diferente da existente no resto da Europa.

Apesar do envelhecimento ganhar cada vez mais importância, esta é uma temática que remonta desde o início da humanidade e acompanhou desde cedo as preocupações filosóficas de muitos autores. Assim para Aristóteles o envelhecimento remete para um período de desinteresse e incerteza quanto ao futuro. Para Cícero envelhecer remete para um período em que se parte à descoberta de si próprio. Platão, por sua vez refere que envelhecer corresponde a um período de metamorfose da alma e da emergência da sabedoria. Jean Paul Satre refere que apenas os outros poderão avaliar o nosso envelhecimento. Em muitas civilizações antigas com culturas de ouro, usavam jovens na guerra e nos trabalhos pesados, deixando os idosos para as funções de aconselhamento, sendo estes considerados de sábios e fiéis depositários da tradição.

O envelhecimento é um processo cujo resultado é óbvio, mas cujo mecanismo continua desconhecido (Kirkwood, 1988 cit in Paul 1997). O envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas, à medida que avançam em idade cronológica. De acordo com Birren (1977 cit in Paul, 1997), a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece, sendo o envelhecimento contrapartida do desenvolvimento.

O envelhecimento pode ser dividido em Primário, Secundário e Terciário (Birren & Cunningham, 1985 cit in Paul 1994). No envelhecimento primário, as pessoas envelheceriam de forma normal, na ausência de doenças. Nesta

tipologia o aspecto de funcionamento intelectual mais afectado é a velocidade perceptiva. No envelhecimento secundário, as pessoas envelheceriam fruto da doença e o aspecto de funcionamento intelectual mais afectado seria o raciocínio e a capacidade indutiva. Por último, o envelhecimento terciário refere-se ao envelhecimento resultante de um período longo de tempo em que a pessoa sofre uma deterioração não relacionada com a idade. A compreensão verbal e o processamento da informação seriam as tarefas de funcionamento intelectual mais afectadas.

De acordo com Schroots e Birren (1980) o envelhecimento envolve três componentes:

- a) Envelhecimento biológico - que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer (senescência);
- b) Envelhecimento social - relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário;
- c) Envelhecimento psicológico - definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções que permita aos idosos adaptar-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Nesta perspectiva, o envelhecimento é produto de um conjunto de determinantes: a base filogenética, num meio social e físico no qual as predisposições genéticas se exprimem.

Neste sentido, pode-se referir a existência de uma tipologia tripla de idade, que podem ser maiores ou menores que a idade cronológica (Paul, 1994). A **idade biológica** é medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade de adaptação e de auto-regulação. A **idade social**, que se refere aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade, e na medida em que mostra os comportamentos esperados pela sua cultura. Por último, a **idade psicológica**, que diz respeito às capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio. A idade psicológica é influenciada pelos factores biológicos e sociais, e envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, os sentimentos e as emoções, para exercer a auto-regulação.

Lima e Viegas (1988, cit in Paul, 1997) definem a velhice, em oposição ao envelhecimento enquanto processo biológico, como um conceito referente à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida, como uma construção social, inscrita numa conjuntura histórica. O processo de herança que assegurava a valorização dos laços de parentesco e asseguravam por meio destes o cuidado e autoridade dos idosos nas sociedades camponesas viu-se grandemente alterada pela estrutura económica e pela introdução das reformas no início do séc. XIX. Surgem nesta altura, um conjunto de instituições, que a par do conceito de terceira idade, reincorporavam idealmente os idosos na sociedade. O isolamento dos idosos passa a ser institucionalizado e a velhice passa a ser encarada como uma espécie de doença social. Nesta ordem de ideias, Prost (1991, cit in Paul 1997), traça uma evolução da estrutura familiar que tinha uma função económica, desempenhando igualmente, um papel importante na educação dos jovens e na assistência aos idosos. Relativamente aos jovens, cabia-lhes a aprendizagem de um ofício dentro da relação parental. Os idosos encontravam, por sua vez, cama e mesa junto de um dos filhos, após a morte de um dos cônjuges. Assim, para além da função económica, a família desempenha uma função educativa e uma função de segurança social. A progressiva introdução do trabalho assalariado retirou progressivamente à família as duas funções descritas anteriormente; assumindo, cada vez mais esta responsabilidade, um carácter público.

O modelo médico define o envelhecimento como um processo básico, um fenómeno biológico inevitável e imutável. O envelhecimento normal, à luz do modelo biomédico, inclui uma vertente individualista baseada na relação médico-doente (idoso), sem envolver factores de ordem social e ambiental. Geralmente, os problemas do doente são resolvidos (sob este ponto de vista) por meio de medicamentos e pela institucionalização.

Na sequência desta linha de pensamento, a velhice corresponde a uma espécie de doença e a sociedade é encorajada a encará-la como patológica ou anormal. A indesejabilidade da doença é sentida pelos cidadãos em geral, moldando as atitudes destes em relação a si próprios e nas relações entre eles. As expectativas associadas a esta perspectiva resultam em comportamento de

afastamento, redução da actividade, aumento da dependência e controlo exacerbado dos idosos através da medicina (Paul, 1997).

Olhando ainda para uma outra perspectiva – Perspectiva reducionista, a referência à terceira idade, apresenta uma visão de uniformidade dos idosos, como se chegasse a um estágio do ciclo vital onde se esbatem todas as diferenças individuais e passássemos a falar de um grupo homogéneo de indivíduos, caracterizados por uma diminuição de capacidades vitais, de recursos sociais e económicos. Tal visão simplista afasta-se por completo da realidade, na medida em que cada idoso transporta consigo uma longa história de vida, determinada pelo seu património genético e pelo seu património psicossocial. A história e percurso de vida de cada idoso determinam em grande parte os recursos que os idosos têm no estado actual. Contudo é de sublinhar que a nível intra-individual, existe uma indiferenciação de sistemas em que as diversas áreas - psicológica, social e biológica – são de tal forma interdependentes, que uma alteração em qualquer dos sistemas tem implicações directas nos outros. De facto, apesar da saúde e do bem-estar físico apresentarem um grande peso na vida do idoso (por vezes, estereotipado e excessivo) nem todos os idosos culminam a sua vida num intermitente envelhecimento patológico, mas antes num envelhecimento óptimo e activo.

I.2 - A divisão etária

A vida humana é frequentemente dividida em várias etapas. Esta divisão é arbitrária, uma vez que todos os processos biológicos de modificação são lentos e progressivos – e muitas vezes coexistem uns com os outros, como o processo de envelhecimento e o de desenvolvimento, ambos iniciando-se na concepção, se considerados todos os aspectos bioquímicos já conhecidos. Assim, a divisão da vida humana em períodos de um ciclo reflecte fenómenos ou estados observáveis, mas padece de enorme variabilidade individual. Dada a influência cultural destas divisões, em algumas culturas, a divisão mostrada abaixo não reflecte um dado homogéneo. Na maioria dos países ocidentais, a idade adulta inicia-se entre os 18 e os 21 anos, apresentando as seguintes fases: jovem adulto (entre os 20 e os 40 anos); adulto de meia-idade (entre os 40 e 65 anos), e idoso geralmente aquele com 65 anos ou mais. Para Levinson (1990, cit in Barros, 2005), a

vida adulta desenvolve-se ao longo de 4 estações: a pré-adulthood (*preadulthood*), a adultez jovem (*early adulthood*), a adultez média (*middle adulthood*) e a adultez tardia (*late adulthood*).

Tendo em conta a amplitude de vida registadas nos recenseamentos nos EUA distinguem-se 3 faixas etárias: 1) idosos jovens ou no inglês *elderly* (entre os 65 e os 74 anos); 2) idosos ou no inglês *aged* (dos 75 aos 84 anos) e 3) muito idosos ou no inglês *very old* (a partir dos 85 ou 90 anos).

Se tivermos em conta outro tipo de divisões, encontraremos as divisões por décadas. Neste caso a população idosa pode ser dividida em quatro fases: os velhos (60-69 anos); velhos de meia-idade (70 - 79 anos); velhos-velhos (80-89 anos) e velhos muito velhos (a partir dos 90 anos) (Barros, 2005).

Lidz (1983), por sua vez, aponta para três fases no envelhecimento: 1) o idoso: é onde não existem grandes alterações psicossomáticas; 2) a senescência: já existem modificações significativas orgânicas e psicológicas, deixando o indivíduo de se bastar totalmente a si mesmo; 3) a senilidade: o idoso torna-se quase totalmente dependente.

Contudo apesar destas divisões serem totalmente aceites e de serem aplicáveis a todos, a idade cronológica não corresponde à idade funcional, psicológica e biológica; pois não existem marcadores aceitáveis para cada tipo de idade.

Tendo em conta que o desenvolvimento prolonga-se ao longo do ciclo vital ou no inglês *life span*, por um lado, é a perspectiva tridimensional do envelhecimento, por outro lado, faz sentido lembrar, que para além da idade cronológica, devem ser tidos em consideração, os níveis de maturidade física e o estado de saúde – idade biológica; o desenvolvimento cognitivo-emotivo, assim como a capacidade de adaptação, aprendizagem e motivação - a idade psicológica; e, os papéis e status a desempenhar – idade social. Para além destes, alguns autores acrescentam ainda, a idade funcional.

I.3 - Perspectiva histórica da psicologia do envelhecimento

A psicologia do envelhecimento tem como objecto de estudo as diferenças de comportamento com a idade, bem como as mudanças no comportamento com a idade e os padrões de comportamento exibidos por pessoas de diferentes

idades, em diferentes períodos de tempo. Neste sentido, podemos referir que a psicogerontologia ou psicologia do envelhecimento é a ciência que procura descrever, explicar (compreender), intervir e modificar o comportamento da pessoa idosa, usando métodos científicos próprios da psicologia, como a observação, análise de casos, os métodos terapêuticos, etc. (Barros, 2005).

A psicologia do envelhecimento, lida essencialmente com todo o processo de envelhecimento, que se inicia logo após ao nascimento, mas que toma especial importância na fase de maturação (idade que precede à velhice) e que não se limita apenas à idade cronológica/biológica (estado do organismo ou saúde), mas também a idade mental (capacidade afectivo-cognitiva) e funcional (capacidade de adaptação física e psíquica ao ambiente através dos meios disponíveis).

Em Psicologia, assim como noutras ciências sociais, a velhice ou terceira idade foram muito menos estudadas em comparação com a infância e adolescência. Contudo, os trabalhos desenvolvidos por alguns psicanalistas enquadrados numa perspectiva desenvolvimental faziam referência à pessoa como adulto (como por exemplo: Freud, Jung, Buehler e Erikson). Contudo, a primeira publicação relacionada com a problemática do envelhecimento acontece muito antes, pela mão de Stanley Hall, em 1922. O autor, reflectindo acerca do seu próprio envelhecimento e reforma, refere que os aspectos psicológicos da velhice podem ser tão importantes quanto os aspectos biológicos.

Mais tarde, em 1930, Jung editando um artigo alemão, descreve a vida humana como o sol que chega ao seu limite ao longo da primeira metade da vida, declinando depois a partir daí, sendo este um ponto de viragem emocional. Considera ainda que a segunda metade da vida é mais interessante e importante que a primeira.

Charlotte Buehler, publica em 1935 o livro “O curso da vida humana como um problema psicológico” e onde descreve a vida como um período de expansão seguido de outro de restrição e declínio. Numa publicação mais tardia, a autora desenvolve a teoria numa perspectiva humanista e refere que a pessoa constrói um projecto de vida, auto-realiza-se e autodetermina-se procurando intencionalmente um sentido para a vida.

A partir do século XIX houve um notório desenvolvimento da psicologia do envelhecimento que teve como protagonista a obra de Erik Erikson – “*Childhood*

and Society”, e onde se faz uma descrição minuciosa do desenvolvimento humano desde a primeira infância até à velhice, embora dando mais importância à infância e à juventude.

A segunda e a última fase da vida foi sendo estudada com o recurso a investigações longitudinais dado o gradual envelhecimento da população, o que levou muitos autores a especializar-se em psicogerontologia. Tal foi o caso de Birren (1961) que procedeu à publicação de um manual de psicologia do envelhecimento, que mais tarde, devido à insuficiência de elementos, foi completado pelo colaborador Schaie e que se torna obra prima da Psicologia do Envelhecimento, na medida em que desenvolve a história da psicogerontologia das origens greco-romanas aos nossos dias.

Dentro da perspectiva defendida por Birren e Schroots (2001), os autores distinguem na psicologia do idoso, a psicologia da idade e a psicologia do envelhecimento. A psicologia da idade estaria ligada ao estudo transversal de grupos etários, funcionando como variável independente. A psicologia do envelhecimento, por sua vez, coloca-se numa perspectiva desenvolvimental tentando analisar e explicar as mudanças, ganhos e perdas ao longo de todo o percurso de vida, sobretudo na velhice, tendo em conta uma dimensão bio-psico-social.

Um dos autores mais representativos no estudo da psicologia do envelhecimento é Baltes e seus colaboradores, com a definição de psicologia do desenvolvimento como uma descrição e explicação das mudanças ontogenéticas ligadas à idade, desde o nascimento até à morte. Posteriormente, Baltes, Reese e Lipsitt (1980, cit in Barros, 2005) alargaram o âmbito deste estudo considerando a psicologia do desenvolvimento como “a descrição, explicação e optimização dos processos de desenvolvimento ao longo de toda a vida, da concepção até a morte.” A evolução psicológica é vista como um modelo multicausal e interactivo, que sofreria de três tipos de influência:

- 1) Influências ontogenéticas normativas ligadas à idade;
- 2) Influências normativas ligadas à história;
- 3) Acontecimentos significativos da vida, de natureza não normativa

Anos mais tarde, apresentando novamente um modelo multidimensional e mutidireccional, descreve a psicologia do envelhecimento como o estudo da

constância e da mudança que se manifestam na conduta humana ao longo da ontogénese, da concepção até à morte. Esta mesma psicologia, elabora princípios gerais sobre a natureza do desenvolvimento, as diferenças inter-individuais, as semelhanças entre as pessoas e as condições que regem a plasticidade intra-individual.

Na língua portuguesa foram publicados diversos livros acerca da velhice e da psicologia evolutiva. Em Portugal, é na década de 50, que começam a surgir as primeiras preocupações geriátricas com os estudos de José Reis. Apesar do esforço e da sua persistência para impulsionar o interesse por uma nova doutrina médica - a Geriatria - continuou a pensar-se e a agir-se segundo modelos tradicionais de prevenção, de diagnóstico, de tratamento e de prognóstico, e muito poucas vezes de reabilitação. Um dos primeiros artigos a ser publicado foi o de Merval Rosa em 1987 que dedica o último volume à psicologia da idade adulta, os restantes fazem alusão à psicologia da infância e da adolescência. Para a autora, a idade adulta apresenta três etapas: o jovem adulto, a meia-idade e finalmente a velhice. Outros autores como Marchand em 2001 e Fonseca em 2005, também estudaram o desenvolvimento, cognitivo ou personológico ao longo de todo o arco da vida.

I.4 - Estatísticas demográficas do Envelhecimento

Tal como Barros (2005) refere, falar de envelhecimento e/ou idoso é antes de mais uma questão demográfica. Assim, devido principalmente à queda vertiginosa da mortalidade infantil e ao aumento da longevidade, assistimos durante o século XIX e XX a um aumento contínuo de mil milhões de pessoas por cada década, e que se traduz numa perspectiva futura de sete mil milhões na década de 2010.

Contudo, assiste-se a dois movimentos de sentido contrário: enquanto a progressão geométrica da população é devida à alta taxa de natalidade dos países pobres, o aumento dos idosos é devido ao crescente índice de esperança média de vida dos países ricos.

Entre 1990 e 2000 não houve grandes mudanças na distribuição das populações, sendo que percentagem da população idosa mundial aumentou ligeiramente neste período, de 9% para quase 10%. Este aumento foi maior nos

países desenvolvidos (de 17,7% para 19,4%) em que a percentagem da população idosa é quase 3 vezes maior do que nos países em desenvolvimento, que apresentam uma população idosa na casa dos 7,7%, reflectindo assim, melhores condições de vida nos países mais ricos. Note-se, no entanto, que devido ao elevado índice populacional dos países em desenvolvimento, a maioria dos idosos vive hoje nestes países resultando numa redução de dois terços da população, em 2025.

De acordo com Bezrukov e Foigt (2005) citando as previsões da ONU e a propósito da longevidade centenária na Europa, estima-se que o número de europeus até 2025, de 100 ou mais anos de idade se incrementará em 15 vezes, podendo chegar a 624.000 idosos. Na Europa prevê-se que existiram 1.117 pessoas de 100 ou mais anos de idade por cada milhão de indivíduos.

Foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX que emergiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas, que traduz o aumento preocupante do número de pessoas idosas denominado Envelhecimento Demográfico. Tal como Nazareth (1994) refere, o Envelhecimento Demográfico despertou o interesse de numerosos investigadores de todas as áreas científicas.

O envelhecimento pode ser analisado sob dois pontos de vista:

- 1) Envelhecimento individual – assenta na maior longevidade dos indivíduos, isto é, no aumento da esperança média de vida. A este conceito está subjacente o conceito de envelhecimento biológico e as alterações a nível psicológico e social das pessoas idosas.
- 2) Envelhecimento demográfico – define-se pelo aumento da proporção de pessoas idosas na população total. Esse aumento é consequência da diminuição da população jovem e/ou diminuição da população em idade activa.

O fenómeno de envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos. Este processo origina o estreitamento da base da pirâmide de idades (com a redução de efectivos populacionais jovens) e o alargamento do topo (com o acréscimo de efectivos populacionais idosos) (INE, 2002). A pirâmide de idades

deixou de ser triangular, apresentando um estreitamento na base (como resultado da baixa fecundidade) bem como um alargamento no topo (associado a uma maior longevidade). Assiste-se assim, ao fenómeno da “inversão” da pirâmide de idades.

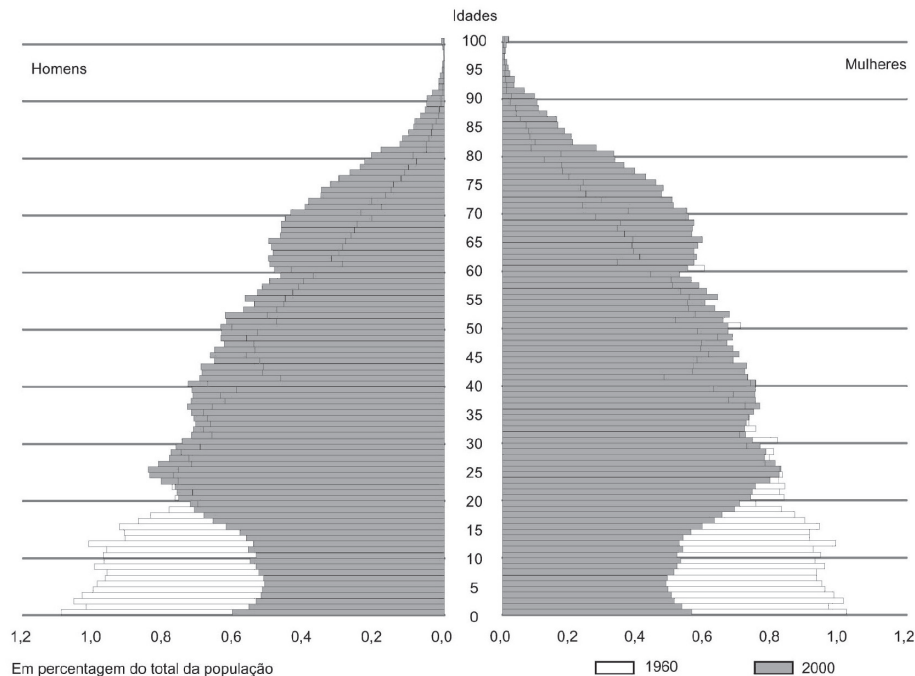


Ilustração 1. Pirâmide Etária, Portugal 1960-2001. Fonte: INE/DECP, Estimativas de População Residente e Recenseamentos Gerais da População.

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde; 2001) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muitos idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. Ainda de acordo com esta fonte, a maior parte dessas pessoas (75%) viveram em países desenvolvidos.

Portugal não é excepção a este panorama. De acordo com os dados conhecidos pelos últimos censos datados de 2001, a população residente no País, no ano de 2001, era de 10.356.117 indivíduos de ambos os sexos. A população idosa residente foi estimada em 1.709.099 pessoas representando 16,5% da população total, com uma distribuição geográfica caracterizada por um maior envelhecimento no interior face ao litoral. A maior importância relativa de idosos pertencia ao Alentejo, seguido do Algarve e do Centro. Às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira pertenciam os menores níveis de envelhecimento do

país, sendo estas as zonas geográficas com níveis de fecundidade mais elevados. A esperança de vida à nascença no nosso País é de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Tal como podemos constatar pela análise da pirâmide etária de Portugal entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 14% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8% do total da população em 1960, passou para 16,4% em 2001. Em valores absolutos, a população idosa aumentou de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres. A superioridade numérica dos idosos verifica-se desde o ano de 1999.

Reflectindo acerca da distribuição etária da população podemos verificar que 16% do total corresponde a indivíduos com menos de 14 anos, o grupo etário dos 15 aos 24 anos atingia os 15%, dos 25 aos 64 anos os 53% e os adultos com mais de 65 anos 16% da população.

A taxa média de crescimento anual da população com 65 anos e mais situou-se nos 2,2% entre 1960 e 2001. No entanto, dentro da própria população idosa o ritmo de crescimento não é homogéneo: no mesmo período, a população com 85 e mais anos registou uma taxa de 3,5%, enquanto que ao grupo dos 75 e mais anos correspondeu uma taxa média de crescimento anual de 2,7%, revelando um ritmo de crescimento bastante elevado entre a população mais idosa. Ainda neste âmbito, a população com 75 e mais anos aumentou de 2,7% para 6,7% do total da população, entre 1960 e 2000, e a população com 85 e mais anos aumentou de 0,4% para 1,5% no mesmo período. De acordo com os resultados dos Censos 2001, estima-se que a importância relativa dos mais velhos aumente nos próximos anos para 6,9% nas faixas etárias dos 75 e mais anos, enquanto que a população com 85 e mais anos manter-se-á nos 1,5%.

O **índice de envelhecimento**¹ ultrapassou pela primeira vez os 100 idosos por cada 100 jovens em 1999. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, passando de 27 indivíduos idosos, em 1960, para 103 em 2001. Dentro de este tópico pode-se constatar que as diferenças entre sexos são

1 Relação existente entre o número de idosos e o de jovens, definindo habitualmente a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 0 – 14 anos.

bem evidentes, sendo o envelhecimento mais notório nas mulheres, em consequência do fenómeno da sobremortalidade masculina. Assim, o índice de envelhecimento traduziu-se em 2001, em 122 mulheres e 84 homens.

O envelhecimento da população idosa, anteriormente referido encontra-se bem retratado pelo **índice de longevidade**². Este indicador aumenta de 34 para 42 indivíduos entre 1960 e 2001. Mais uma vez este indicador é superior no caso das mulheres.

Os **índices de dependência**³ são ilustrativos do processo de envelhecimento em Portugal. Verifica-se que este rácio tem vindo a baixar devido exclusivamente à diminuição do número de jovens (desceu dos 59 indivíduos em 1960 para os 48 em 2001).

O **índice de sustentabilidade potencial**⁴ diminuiu para metade entre 1960 e 2001. Esta relação ilustra bem as consequências do envelhecimento demográfico nos sistemas de protecção social.

De acordo com os últimos censos, a **esperança média de vida à nascença** situava-se nos 72,4 anos para os homens e nos 79,4 anos para as mulheres. Assim sendo, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e cerca de 13 para as mulheres. Como consequência da sobremortalidade masculina, o século XXI atinge com uma diferença de 7 anos favorável às mulheres, que podem viver em média 79,4 anos.

No que se refere à formação familiar, estudos anteriores a 2001 revelaram que a maior parte da população idosa vive com o cônjuge, sendo esta percentagem superior nos homens. A sobremortalidade masculina e o celibato feminino são fenómenos que podem estar na origem das diferentes formas de vivência familiar entre os dois sexos (Instituto Nacional de Estatística, 1991). Os resultados com base nos censos de 2001 revelam que em 32,5 % das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias. Entre 1991 e 2001 a proporção

2 Relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos. É um indicador adicional de medida de envelhecimento de uma população.

3 Relação existente entre o número de jovens (0-14 anos) e o de idosos (65 e mais anos) e a população em idade activa (15-64 anos). O índice de dependência dos idosos define-se como a relação existente entre o número de idosos e a população em idade activa.

4 Quociente entre o número de pessoas em idade activa (15 e 64 anos) por cada indivíduo idoso (65 e mais anos)

de famílias clássicas com idosos aumentou de 23 para 32,5%, assistindo em simultâneo a um aumento de 36 % de famílias compostas apenas por idosos. Podemos referir ainda que o total das famílias constituídas apenas por idosos, a grande maioria são compostas por apenas um idoso (50,5%), seguido de 48,1% de famílias constituídas por dois idosos.

Por outro lado, a formação de uma nova família entre a população idosa, isto é, casamentos em segunda ordem, são mais frequentes entre os homens, assim como é entre estes que o tempo decorrido entre a dissolução do casamento anterior e a celebração de uma nova união é mais reduzido.



CAPÍTULO II

> Sentido Interno de Coerência - um conceito inovador >

Capacitar o cidadão para lidar com os acontecimentos stressantes da vida é uma preocupação bem presente nas políticas de saúde para o próximo milénio.

Em termos de saúde pública, a prevenção das reacções adversas de natureza física e mental, resultantes do stress causado pelos acontecimentos de vida, representa um passo importante na humanização e qualidade dos serviços de saúde.

Recentemente, o conceito de Sentido Interno de Coerência - do inglês *sense of coherence*- foi catapultado para o âmbito da promoção da saúde, inserindo-o nas grandes linhas mestras orientadoras das macro-políticas de promoção de saúde mental do século XXI (Organização Mundial de Saúde, 1997). A importância das conclusões baseadas nos estudos empíricos envolvendo o SIC do indivíduo, levou à introdução do conceito nos documentos da Organização Mundial da Saúde e nas linhas orientadoras das macro-políticas de promoção da saúde mental do século XXI.

O conceito de Antonovsky constitui uma proposta inovadora no campo da identificação e especificação das características do indivíduo que facilitam a resolução de problemas e a gestão do stress da vida, desempenhando uma acção promotora da saúde mental e da qualidade de vida.

As alterações feitas na década de 60 no seio das estruturas de pensamento social e científico, e a subsequente definição de conceito de Paradigma teórico, por Khun em 1970, desencadearam o desenvolvimento de linhas teóricas orientadoras da pragmática científica.

Neste contexto, o Paradigma Patogénico implicou o desenvolvimento das ciências que têm como objecto de estudo a Saúde. A evolução do conceito saúde, posta em causa pela vaga ausência de doença e um incompleto bem-estar, revelou as profundas limitações deste paradigma e reforçou a necessidade de uma estrutura teórica baseada no bem-estar que melhor permitisse compreender o verdadeiro significado do conceito Saúde. O paradigma salutogénico emerge progressivamente como uma proposta alternativa de saúde, fruto do desenvolvimento simultâneo de vários construtos, entre eles e de acordo com Nunes (1999) o *locus of control* (Rotter, 1966), *social interest* (Crandall, 1984), *personality hardiness* (Kobasa, 1979 e Coopersmith, 1983), *potency* (Bensira,

1985), *stamina* (Thomas, 1981 e Colerick, 1985) ou ainda, *learned resourcefulness* (Rosenbaum, 1988), *o optimism* (Sheier, 1985), *o sense of humor* (Lefcourt, 1986), *self efficacy and human agency* (Bandura, 1977, 1982, 1989), o constructo *resiliency* (McCubbin, 1994) .

Estes constructos têm como factor comum a compreensão da gestão do stress e a manutenção da saúde (Antonovsky, 1987 in Nunes 1999); assumindo um papel importante na promoção na psicologia da saúde, na medicina, nos cuidados de saúde primários, etc.

II.1 - O Paradigma Patogénico

A predominância do modelo bio-médico estruturado pelo paradigma patogénico acentua o anormal e disfuncional. Assim, a orientação patogénica caminha para a descoberta daquilo que leva ao aparecimento da doença. Esta compreensão permite descobrir formas de combater e prevenir as doenças.

No âmago deste paradigma, encontra-se a assunção de que as doenças são causadas por agentes físicos, bioquímicos, microbiológicos, sociais e psicológicos, tendo várias teorias desenvolvido esta noção básica.

Actualmente, e de forma mais sofisticada, o paradigma patogénico encontra a sua importância na determinação dos factores de risco e apresenta como base conceptual o conceito de *homeostase* do organismo. Isto é, o organismo humano mantém-se numa condição estável pela acção de vários mecanismos de regulação complexa. Esta estabilidade pode estar comprometida pela acção de agentes patogénicos que inviabilizam a acção dos mecanismos de regulação.

II.2 - Paradigma Salutogénico

Completando a compreensão da saúde do paradigma patogénico, o paradigma salutogénico surge através da publicação científica das diferentes áreas do saber, como por exemplo: a medicina, a psicologia, a sociologia, etc.

Uma das mais antigas referências a este paradigma surge com Super, em 1955, fazendo a distinção entre higiologia e psicopatologia. Rotter, dando ênfase à aprendizagem social (Rotter, 1954 in Nunes, 1999) pode também ser considerado como um dos percursores do pensamento salutogénico, assim como White

(1959) com o conceito de motivação competente, que mais tarde foi desenvolvido por Deci (1975), numa cooperação intrínseca motivacional enfatizando a competência e a auto-determinação. No entanto, é a Aaron Antonovsky que se deve o desenvolvimento deste novo paradigma, que auxilia a saúde e os acontecimentos stressantes fora do determinismo bio-médico.

Quadro 1

Linhas Orientadoras do Modelo Patogénico e do Modelo Salutogénico

<i>Linha orientadora</i>	<i>Modelo patogénico</i>	<i>Modelo salutogénico</i>
Auto-regulação do sistema	Homeostásis	Hetereostasis
Definição de saúde e de doença	Dicotomia	Contínuo
Conceito de Saúde	Patologia da doença, reducionismo	Sentido Interno de Coerência, holístico, redescoberta de recursos
Causas da doença ou da saúde	Factores de risco	História de vida dos idosos
Efeitos dos factores stressantes	Potencial promotor da doença	Promoção da saúde
Intervenção	Implementação de estratégias remediativas	Adaptação, desenvolvimento de recursos

Nota: adaptado de Noack, 1997

O modelo salutogénico de Antonovsky é um modelo alternativo ao modelo tradicionalista ou patogénico. Ao contrário do modelo patogénico (baseado na busca dos factores que conduzem à doença), o modelo salutogénico, procura os elementos que conduzem o indivíduo a manter-se com saúde, independentemente dos elementos desfavoráveis do meio físico e social (Heimam, 2004).

a - Salutogénese: a omnipresença dos stressores

O stress, como fenómeno que afecta a saúde humana, tem sido o foco de atenção durante as quatro últimas décadas desde a publicação do clássico *The Stress of Life* de Selye (Selye, 1956).

A teoria do Stress está associada à teoria dos acontecimentos de vida, que analisa os diferentes efeitos que os stressores provocam nos indivíduos. Estes são responsáveis pelo desencadear de respostas que transportam em si elementos prejudiciais ou favoráveis à promoção da saúde dos indivíduos. Para

Selye, a síndrome geral de adaptação assenta na concepção de homeostase: este conceito enquadra-se no modelo biomédico de saúde e doença, segundo o qual o indivíduo é essencialmente saudável, sendo agredido por agentes exteriores do meio físico ou social, ou estilos de vida impróprios e perigosos.

Rompe-se então, o equilíbrio (a *homeostase* do organismo), carecendo o indivíduo de ser curado e alvo da intervenção do profissional de saúde, para reencontrar esse equilíbrio.

O sucesso de uma boa estratégia de *coping* depende da capacidade de mobilização dos três tipos de respostas (comportamental, emocional e cognitiva). Certos indivíduos reagem melhor ao mesmo stressor do que outros, sendo o estado geral de saúde dos elementos de um grupo etário diferentemente afectado pelo mesmo estímulo. Considera-se, habitualmente, a noção de saúde através desta perspectiva bio-médica, na qual o conceito de doença é omnipresente. No entanto, como revelou Lazarus, o stress é uma doença social, e foge ao enquadramento bio-médico tradicional que rege a saúde (Lazarus, 1997, p. 426).

Uma das características da investigação relacionada com o stress é, sem dúvida, a ênfase colocada na relação que se estabelece entre os acontecimentos diários causadores de stress e o seu impacto sobre a doença (Monroe, 1982). Baseada na evidência empírica, vários autores dedicaram-se a apresentar a correlação positiva entre os stressores e a doença (Leshhan, 1966; Schmale, 1966; Jenkins, 1971; Holmes 1974, Sparacino, 1982). No entanto, como Rabkin revelou, embora a relação entre o stress e a doença seja estatisticamente significativa, é consistentemente baixa, situando-se tipicamente entre os 0.12 e 0.35 (Rabkin 1976; Wilcox 1981). Taylor alerta igualmente para o facto de que somente 9% da variância é explicada pela correlação existente entre estes acontecimentos e a doença (Taylor, 1986).

Com o resultado desta evolução, quebrou-se a tradição vigente: a ausência de elementos stressantes era condição base para uma boa saúde mental. Foram, então, refinados os modelos estudando o stress (Peralim, 1978), sendo incorporados o conceito de vulnerabilidade diferenciada (Kessler, 1979) e a influência de vários recursos de resistência como stress *buffers* (e.g. apoio social) (Kaplan, 1977).

Como resultado de tudo isto, na última década verifica-se um distanciamento relativamente ao estudo das relações directas entre os acontecimentos de vida e a doença, passando-se assim ao estudo das variáveis que influenciam a força e a direcção da relação que existe entre o stress e a saúde. Estas variáveis preventivas e autoreguladoras passaram a ser designadas por *moderadores de stress*, *recursos*, ou variáveis *tampão* (*buffer variables*) (são exemplos disso, como já se referiu anteriormente, o optimismo, o locus de controlo, a personalidade robusta ou o sentido de humor, sendo incluído também o SIC, por alguns autores neste grupo de variáveis (Korotkov, 1994, p. 787; Carmel, 1991, p.1089).

O ser humano, para Antonovsky, encontra-se num estado de *desequilíbrio dinâmico hetero-estático* (Antonovsky, 1987, p. 130). O autor salienta a predominância da condição patológica da humanidade ao acentuar. Com base num quadro de estatísticas, que um terço ou a maioria da população de uma sociedade industrial é caracterizada por uma condição mórbida, e por isso definida clinicamente ou epidemiologicamente como *normal* (Antonovsky, 1979, p. 16).

Os acontecimentos que fogem ao banal e são típicos de condições extremas, estão muitas vezes associados ao stress. No entanto, será útil lembrar aqui Peralim e Schooler ao observarem que “*many of the difficult problems with which people cope are not unusual problems impinging on exceptional people in rare situations, but are persistent hardships experienced by those engaged in mainstream activities within major institutions*” (Peralim, 1978, p. 3).

Antonovsky colocou-se nesta linha de pensamento salientando que, mesmo pessoas com uma vida desafogada e com ambientes otimizados são expostas a stressores (Antonovsky, 1979). Por exemplo, o acidente, que é imanente a todas as sociedades independentemente das precauções que se tomem, tem o seu reflexo não só nas vítimas directas, mas também aqueles que sobrevivem ou naqueles que lhes são mais chegados, sendo assim afectados pelo stress psicossocial.

Consciente do impacto que as condições de vida podem ter sobre certos grupos que constituem, pela sua condição, a maior parte dos habitantes da terra, Antonovsky pesquisou aqueles que são atingidos pela pobreza e pela marginalização (Antonovsky, 1979): os negros norte-americanos, as mulheres sobrevi-

ventes aos campos de concentração nazi, ou ainda os judeus vivendo na miséria extrema antes do estabelecimento do estado de Israel (Antonovsky, 1971; Datan, 1981). Antonovsky salientou a capacidade que manifestavam estes indivíduos ao encontrar *coerência interna* na sua vida, apesar das perdas (e.g. familiares, status, condição sócio-económica) às quais tinham estado sujeitos. Chega-se assim à conclusão, por um lado, da onipresença dos agentes stressores na condição humana, e à sua inevitável consequência destruidora. Tal como diria Antonovsky (1979):

“stressors are omnipresent in human existence, in fact the human condition is stressful... given the ubiquity of pathogens - microbiological, chemical, physical, psychological, social and cultural - it seems to me self evident that everyone should succumb to this bombardment and constantly be dying” (Antonovsky, 1979, pp. 9-13).

Por outro lado, assiste-se à capacidade de resistência dos indivíduos envolvidos nessas experiências. A pergunta que se impõe é a da compreensão que sustenta a sobrevivência do ser humano (Antonovsky, 1979), bem como saber onde encontrar a força e a capacidade de sobrevivência (Antonovsky, 1979). Esta inquirição levou Antonovsky à definição dos recursos generalizados de resistência.

b - Recursos Generalizados de Resistência

Durante muito tempo, Antonovsky explorou os diferentes factores que contribuiriam para um *coping* bem sucedido (promotor e manutentor de um bom estado de saúde). Desta exploração resultou um conjunto de factores, tais como características físicas (inteligência, personalidade...) e sociais (suporte social, recursos financeiros, estabilidade cultural...), que contribuem de forma efectiva para a resistência da pessoa. A este conjunto de variáveis, Antonovsky chamou de recursos generalizados de resistência (RGR). Os recursos generalizados de resistência são predictores de qualidade de vida e incluem características das pessoas, grupos ou ambientes que facilitem a capacidade de coping em situações de stress e a tensão.

Os recursos generalizados de resistência (RGR) são fenómenos que oferecem ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela

consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da acção, e pela possibilidade de fazer um balanço positivo ou negativo da sua acção (Antonovsky, 1987, in Nunes 1999). Nega-se assim a entropia do sistema, caracterizada pela exclusão de participação nas tomadas de decisão.

Os recursos generalizados de resistência, facilitando a gestão dos agentes stressores que afectam o indivíduo, articulam o sentido da sua existência e o sentido dos acontecimentos que desencadeiam o desenvolvimento de um Sentido Interno de Coerência forte.

Descrevendo alguns dispositivos que facilitam a gestão da tensão numa situação de stress, estes podem ser agrupados em várias dimensões:

- RGR físicos ou bioquímicos;
- RGR artefactuais e materiais (recursos monetários, status, etc.);
- RGR cognitivos (inteligência, conhecimento, etc.);
- RGR emocionais (auto-conceito, ego, etc.);
- RGR interpessoais (apoio social, etc.);
- RGR macro socioculturais, construídos com base nas soluções oferecidas pela cultura e estrutura social (pertença política, convicção religiosa, etc.).

Traduzida num repertório de comportamentos concretos, construída a partir de experiências de sucesso relacionadas com variadíssimas situações, a existência dos indivíduos manifesta-se então com uma maior ou menor capacidade de compreensão, de gestão e de investimento.

Os RGR bem como os recursos específicos de resistência (RER) estão potencialmente disponíveis, cabendo ao indivíduo activá-los face aos stressores e patógenos. Os indivíduos diferem no modo e na quantidade de transformação quinética do potencial que têm em acção. O que faz a diferença é o nível de SIC: pessoas com um forte Sentido Interno de Coerência estão mais aptas a manifestar compressão e conhecimento para explorar os recursos que dispõem.

São as experiências específicas da vida – às quais Antonovsky chama recursos generalizados da resistência – que determinam o Sentido Interno de Coerência.

De forma concreta, os recursos generalizados de resistência são um conjunto de recursos que permitem aos sujeitos compreender o seu mundo e orga-

nizá-los/estruturá-los de acordo com o Sentido Interno de Coerência. Estes são também, uma fonte de estimulação à execução de comportamentos adaptativos, e por conseguinte, estratégias de coping.

Os recursos generalizados de resistência têm duas funções essenciais: têm um impacto contínuo na vida do sujeito e permite-nos obter experiências que corresponde as expectativas de vida coerentes com o Sentido Interno de Coerência.

Dentro desta linha de pensamento, os elementos stressantes da vida seriam recursos generalizados de resistência deficientes. Assim, os recursos generalizados deficientes e os recursos generalizados de resistência são duas dimensões de um contínuo que oscila entre dois polos. O pólo positivo corresponde a experiências e expectativas de vida próximas das potencialidades do sistema interno de coerência. O pólo negativo corresponde as experiências que fragilizam o sistema interno de coerência. Tal como o próprio Antonovsky refere, o sistema interno de coerência é «*orchestrates this battleground of forces promoting order or disorder*” (Antonovsky, 1987a, p. 164 cit in Noack, 1997)

c - Da entropia para a negantropia

Assim para Antonovsky, a antítese saúde e doença deve ser entendida não como uma dicotomia de lugares extremos marcados, mas antes como um espaço num contínuo com dois limites: disfuncionalidade/funcionalidade (ilustração 2) e no qual existe um conjunto de factores/dimensões que influenciam a posição do sujeito no contínuo. (Antonovsky, 1987 cit in Nunes, 1998). É proposto, no lugar do modelo homeostático de saúde de paradigma patogénico (baseado na busca dos factores que conduzem à doença), um modelo no qual são procurados os elementos que conduzem o indivíduo a manter-se com saúde - com a saúde que tem, independentemente dos elementos desfavoráveis do meio físico e social. Assim, em vez de elementos distintos, a saúde e a doença são integradas num contínuo disfuncionalidade/funcionalidade máxima no qual todos os indivíduos estão incluídos, progredindo ou regredindo nele em relação aos seus pólos (Antonovsky, 1987).

Como base no constructo de Antonovsky encontra-se o modelo entrópico de saúde. Neste modelo, a saúde é resultante da acção estratégica do sujeito

na gestão de recursos internos na negantropia; isto é, na acção estratégica de recursos no sentido da diminuição da desordem. São então colocadas em evidência as predisposições do indivíduo (por exemplo, hereditárias, sociais), que associadas aos Recursos Generalizados de Resistência, são responsáveis pela regulação das perturbações patogénicas, que levam os indivíduos à situação de doença e morte.

Deste modo, passa-se de um modelo imunológico e microbiológico - em que os agentes patogénicos são combatidos pela defesa orgânica interna ou pela imunologia extrínseca onde também são questionados os hábitos e estilos de vida como causas próximas da doença ou morte (Antonovsky, 1984b), para o modelo salutogénico.

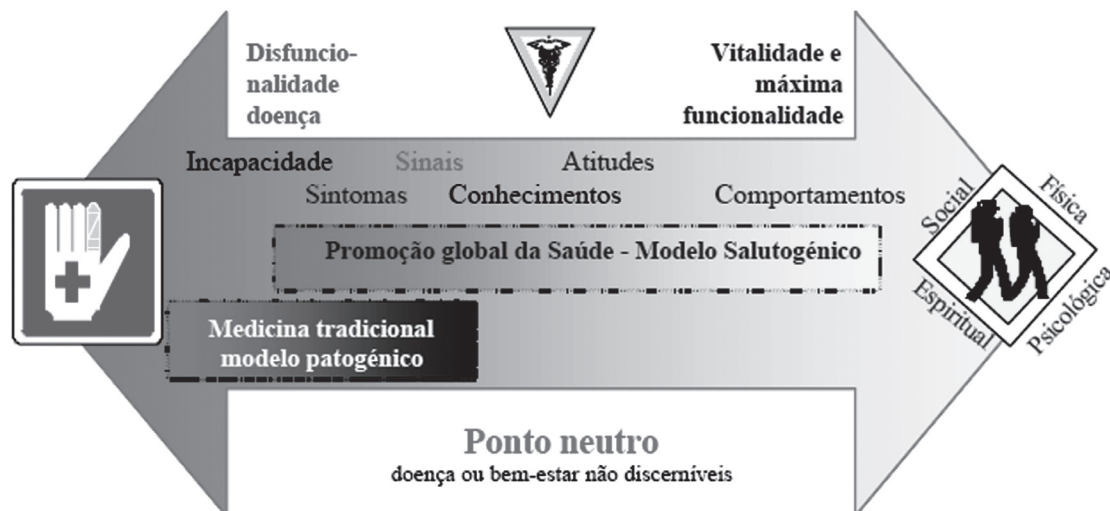


Ilustração 2: A saúde como um espaço de convergência de várias dimensões num contínuo disfuncionalidade/funcionalidade máxima. Fonte: Nunes (1998)

II.3 - Modelo SIC

a. Elementos caracterizadores

Resumindo o modelo de análise de Antonovsky, este apresenta seis pontos essenciais ou elementos caracterizadores (Antonovsky, 1987 cit in Nunes, 1998):

1. *Rejeição da classificação dicotómica* (pessoas saudáveis e doentes) e estabelecimento de um contínuo multidimensional que varia entre a máxima funcionalidade e a disfuncionalidade. Desta forma, não só as pessoas portadoras de patogenia são alvo de estudo, mas

também, aquelas que não apresentam qualquer doença. Neste sentido procura-se conhecer o posicionamento dos indivíduos ao longo desse contínuo, no esforço de mover as pessoas rumo ao pólo de máxima funcionalidade.

2. *Superação do reduativismo da etiologia da doença e convite a uma consideração da experiência totalizadora a vida do indivíduo.* Em vez de procurar as causas da doença é importante questionar acerca dos factores envolvidos no posicionamento do indivíduo no contínuo, rumo ao extremo da saúde.
3. *Nunca se poderão anular os factores ansiolíticos da vida quotidiana, mas é possível reduzir o seu impacto.* Torna-se importante indagar o que reveste positivamente um factor ansiolítico, no sentido de passar a considerar os estressores (naturalmente negativos) revestidos de consequências saudáveis.
4. Procurar captar os factores que são susceptíveis de influenciar negativamente um organismo no seu ambiente.
5. *Ultrapassar o reduativismo da categorização e procurar nos casos desviantes a inspiração de uma compreensão alargada do bem-estar do indivíduo.*
6. A questão de partida salutogénica é considerar o que faz com que alguns sujeitos, mesmo que em menor quantidade do que num grupo de controlo, estejam bem de saúde, questão de partida completamente diferente daquela que tradicionalmente caracteriza uma hipótese patogénica tradicional.

b. Definição e Componentes

Antonovsky (1979) desenvolve o conceito de Sentido Interno de Coerência (sense of coherence - SIC) como constructo central do modelo salutogénico, e que se refere a uma orientação global expressa pelos sujeitos relativamente ao seu contexto interno e externo.

O contexto cultural, social e histórico, assim como as experiências de vida são bases fundamentais nos diferentes graus do sistema interno de coerência dos sujeitos (Heiman, 2004). Antonovsky coloca cada indivíduo no contínuo, a

partir de uma estrutura cognitivo – emocional - social, que ele designa por Sentido Interno de Coerência - SIC.

Numa fase inicial, o termo Sentido Interno de Coerência foi utilizado para referir uma forma de ver o mundo e de facilitar o sucesso em situações de adversidade. De acordo com Antonovsky, o SIC não se refere a um tipo específico de estratégias de coping, mas aos factores, que nas diferentes culturas funcionaram como estratégias de coping.

Para Antonovsky (1987), o Sentido Interno de Coerência do indivíduo define-se como: «uma orientação global que define a capacidade com a qual o indivíduo com um persistente e dinâmico sentimento de confiança encara os (1) os estímulos emanados dos meios internos ou externo de uma existência como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão - Comprehensibility); (2) que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (capacidade de gestão - manageability); e (3) que essas exigências são desafios capazes de catalisar o investimento e o empeno do indivíduo (capacidade de investimento - Meaningfulness)» (Antonovsky, 1987, p.19).

A Capacidade de compreensão ou compreensibilidade (no inglês, Comprehensibility) refere-se a maneira como o indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada, isto é, a forma como os sujeitos percebem-se os recursos disponíveis à sua volta são adequados para preencher as necessidades impostas (Antonovsky, 1987 in Saboga 1997).

A capacidade de gestão ou Manejabilidade (no inglês, Manageability) refere-se à percepção que o indivíduo desenvolve acerca dos recursos pessoais ou sociais, que estão ao seu alcance, para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Diz respeito a uma componente mais emocional e pessoal que apela ao desafio que estes estímulos podem constituir na vida do sujeito (Paul e Fonseca, 1999).

O último elemento que compõe o sistema interno de coerência é a capacidade de investimento ou significabilidade (no inglês, Meaningfulness). De forma concreta a capacidade de investimento diz respeito à capacidade que o sujeito tem de retirar sentido aos acontecimentos da sua vida e por isso encontrar

neles razão para investir a sua energia e interesse. Ao contrário da capacidade de gestão, a capacidade de investimento envolve uma componente mais cognitiva do sujeito (Paul e Fonseca, 1999).

O Sentido Interno de Coerência, assume assim um carácter cognitivo, afectivo e informal que permite ao indivíduo negar a aparente desordem da sua vida (ou acontecimento de vida que o implica) recuperando ordem e coerência, ao integrar positivamente, esse acontecimento na sua experiência de vida.

c. Operacionalização

Após a análise dos itens elaborados numa primeira fase do seu estudo qualitativo, Antonovsky construiu o Questionário Orientação para Viver – Orientation to life questionnaire (OLQ) – composto por 29 itens, exprimindo-se a resposta sobre um referencial semântico posicionado entre duas frases de referência, para medir o Sentido Interno de Coerência com as seguintes características psicométricas:

- Elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.84 a 0.93);
- Validade convergente com o locus de Controlo Interno - externo ($r = + 0.39$);
- Validade discriminante com o Sarason Teste de Ansiedade ($r = 0.21$).

Completando este quadro teórico, cada uma das componentes do SIC pode possuir um valor alto ou baixo. Assim é possível encontrar oito tipos de SIC, a que corresponderiam estruturas preditórias diferentes, resultantes do cruzamento das três componentes: Capacidade de Gestão, de Compreensão e de Investimento.

As três componentes são expressas através dos itens do questionário de Orientação para Viver e que se apresentam nas tabelas 1, 2 e 3.

A pontuação de cada uma das sub-escalas obtém-se somando as pontuações dos itens respectivos, sendo os itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27 a inverterem. O valor do Sentido Interno de Coerência é o resultado da soma de todos os itens.

Tabela 1

Itens da variável SIC – Capacidade de Compreensão

1.	Quando fala com outras pessoas, tem o sentimento de que elas não o compreendem?	Nunca tenho esse sentimento	1	2	3	4	5	6	7	Tenho sempre esse sentimento
3.	Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente	Como pessoas estranhas	1	2	3	4	5	6	7	Conheço-as muito bem
5.	Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
10.	Nos últimos dez anos a sua vida tem sido	Cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Completamente consistente e previsível
11.	A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente	Completamente fascinantes	1	2	3	4	5	6	7	Tremendamente aborrecidas
12.	Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	Aconteceu sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca aconteceu
15.	Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é	Sempre confusa e difícil de encontrar	1	2	3	4	5	6	7	Sempre perfeitamente clara
17.	A sua vida futura será provavelmente cheia de mudanças sem você	Prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Perfeitamente consistente e previsível
19.	Tem sentimentos e ideias muito confusas?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
21.	Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente
24.	Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
26.	Quando alguma coisa acontece, você geralmente acaba por verificar que:	Avaliou mal a dimensão do problema	1	2	3	4	5	6	7	Avaliou correctamente a dimensão do problema

Tabela 2

Itens da variável SIC – Capacidade de Gestão

2.	No passado, quando teve de fazer alguma coisa que despendia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que	As coisas não iriam ser feitas	1	2	3	4	5	6	7	As coisas iam ser feitas
6.	Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava?	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
9.	Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca
13.	Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida	Consegue-se sempre encontrar uma solução para as coisas dolorosas da vida	1	2	3	4	5	6	7	Nunca há solução para as coisas dolorosas da vida
18.	Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	Afundar-se no problema	1	2	3	4	5	6	7	Dizer para si mesmo “Paciência, tudo se há-de resolver e seguir em frente”
20.	Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação	Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar	1	2	3	4	5	6	7	Fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
23.	Pensa que haverá sempre pessoas com quem você possa contar no futuro?	Estou certo que haverá	1	2	3	4	5	6	7	Duvido que haja
25.	Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter, muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?)	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente
27.	Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem o sentimento de que:	Conseguirá ultrapassar as dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	Não conseguirá ultrapassar as dificuldades
29.	Com que frequência tem sentimentos que duvida pode controlar?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca

Tabela 3

Itens da variável SIC – Capacidade de investimento

4.	Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	Muito raramente	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente não me interessa
7.	A vida é:	Cheia de interesse	1	2	3	4	5	6	7	Absolutamente rotineira
8.	Até hoje na vida	Não consegui um projecto e um rumo próprio	1	2	3	4	5	6	7	Consegui um projecto e um rumo próprio
11.	A maior parte das coisas que você ira fazer (no futuro) serão provavelmente	Completamente fascinantes	1	2	3	4	5	6	7	Tremendamente aborrecidas
14.	Quando reflecte sobre as sua vida, frequentemente	Sente como é bom viver	1	2	3	4	5	6	7	Pergunta-se a si próprio porque razão veio ao mundo
16.	Aquilo que você faz diariamente é	Uma fonte de profunda satisfação e prazer	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento
22.	Tem expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:	Não terá qualquer sentido ou projecto próprio	1	2	3	4	5	6	7	Terá pleno sentido e projecto próprio
28.	Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que você faz na sua vida diária?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca

A matriz original utilizada por Antonovsky e que está subjacente à construção dos itens da escala é caracterizada pela noção de que o Sentido Interno de Coerência é uma orientação global, uma forma de olhar para o mundo, uma orientação para a acção, mais do que uma resposta a uma situação específica. Para garantir tal pressuposto, Antonovsky utilizou a proposta de desenho de escalas por facetas de Guttman (Shye, 1978 in Nunes, 1999). Baseando-se na noção de espaço cartesiano, Antonovsky especificou como facetas a modalidade, a fonte, a procura e o tempo. Posteriormente, foram definidos os elementos que cada faceta deve incluir. Assim para a modalidade do estímulo, o inquirido responde a um estímulo instrumental, cognitivo ou afectivo. Este estímulo tem uma fonte (origem no meio ambiente) que pode ser interna, externa ou mista. Por sua vez

este estímulo coloca diante do sujeito uma solicitação específica que pode ser de natureza concreta, difusa ou abstracta, referenciada (relativamente ao tempo) ao passado, presente ou futuro. Desta forma, cada item é o resultado de uma só combinação particular de cada elemento das quatro facetas do estímulo e uma do Sentido Interno de Coerência.

II.4 - O Sentido Interno de Coerência e as características sócio-demográficas Transculturalidade

Uma das principais dificuldades com a qual um investigador se debate no âmbito das ciências sociais é a tradução de conceitos e medidas sócio-métricas de uma para outra língua, bem como a sua aplicabilidade aos diferentes contextos socioculturais. Actualmente, embora com algumas reservas, pode-se afirmar que o conceito de Sentido Interno de Coerência e seu constructo empírico são transculturais. De facto, mais de 35000 pessoas já preencheram o instrumento de medida do SIC. Em 26 estudos investigados, os valores de consistência interna mantêm-se elevados, nunca sendo estes inferiores a 0.80.

Numa recente revisão sistemática da escala de avaliação do Sentido Interno de Coerência, organizado por Eriksson e Lindstrom (2005) admite-se que esta escala tem sido utilizada em 33 línguas diferentes, em 32 países e em 15 versões diferentes do questionário. Em 124 estudos que utilizaram a versão longa da escala do SIC, composta por 29 itens, obteve-se um alpha de Cronbach que varia entre 0.70 e 0.95. Por sua vez, os estudos que utilizaram a versão curta da escala (composta por 13 itens) obteve-se um alpha de Cronbach que varia entre 0.70 e 0.92. A média, oscila entre 100.50 (SP 13.80) e 164.50 (SP 17.10) para a versão longa e entre 35.59 (SP 0.10) e 77.60 (SP 13.80) para a versão curta. As correlações teste-reteste mostram uma estabilidade que varia entre 0.69 e 0.78 no primeiro ano, 0.64 após três anos, 0.42 e 0.45 ao fim de quatro anos, 0.59 e 0.67 em cinco anos e de 0.54 ao fim de dez anos. Apesar de haver uma estabilidade ao fim de dez anos, esta não é tão estável como Antonovsky sugeria inicialmente.

Para além destes dados métricos, o estudo demonstra que o Sentido Interno de Coerência aumenta com a idade e que apresenta uma estrutura multifactorial. Reforça ainda a ideia que a Escala de Sentido Interno de Coerência

apresenta uma validade e fidelidade adequados, bem como um instrumento útil na avaliação da forma como as pessoas se mantêm saudáveis lidando com as situações stressantes da vida (Eriksson e Lindstrom 2005).

Sexo

Antonovsky, salienta que ao longo da sua investigação, que o facto de ser homem ou mulher, criança ou idoso, pertencer a um patamar superior ou inferior da estrutura social, não interfere na constituição do Sentido Interno de Coerência (Antonovsky, 1986, Nunes, 1999). Neste sentido, encontramos o estudo de Gana (2001) que procurando equacionar o papel do SIC na adaptação psicológica não encontrou diferenças significativas entre homens e mulheres nos valores da Escala de avaliação do Sentido Interno de Coerência.

Contudo, o papel e o estatuto do SIC no funcionamento psicológico está pouco claro e aparecem dados de investigação que apontam num sentido diferente a aquele que é referido inicialmente por Antonovsky. Vários estudos revelam que o impacto dos estímulos stressantes é superior no sexo feminino (Haw, 1982, Kessler, 1984, Flaherty, 1989 in Nunes 1999) e que as mulheres reagem mais intensamente do que os homens aos stressores (Rahe, 1981; Kessler, 1982 in Nunes 1999). Slack (1988), por sua vez, revelou que embora os homens e as mulheres experimentem um conjunto semelhante de acontecimentos de vida indesejados, a sua relação com estes acontecimentos de vida diferia. Estes e outros estudos corroboram a ideia de que as diferenças entre mulheres e homens se estabelecem relativamente aos recursos de coping, e logo relativamente ao Sentido Interno de Coerência. Nunes (1999), na sequência de um estudo de aferição da escala para a população portuguesa constatou que as duas amostras utilizadas (homens e mulheres) apresentava uma distribuição idêntica em torno da mediana, com níveis de Sentido Interno de Coerência não muito distintos, embora o grupo dos homens esteja ligeiramente acima do das mulheres. Por sua vez, Larsson e Kallenberg (1996), na sequência de um estudo que pretendia avaliar as relações entre as condições sócio-económicas, a saúde e o Sentido Interno de Coerência de 2003 suecos, verificou que os valores médios de Sentido Interno de Coerência nos homens eram significativamente superiores aos valores médios de SIC encontrados para as mulheres.

Idade

Na formulação teórica original, Antonovsky (1987) propôs que o Sentido Interno de Coerência é um constructo desenvolvimental que se encontra estável pelos 30 anos de idade. Contudo, apesar da suposição inicial de Antonovsky, existem estudos recentes que referem que a idade não influencia a estabilidade do SIC. Assim, apesar de o Sentido Interno de Coerência permanecer relativamente estável, algumas mudanças progressivas podem ocorrer, em consequência das interacções ocorridas com o ambiente.

Neste sentido, citamos o estudo de Feldt e colaboradores (2003) que pretendendo investigar as diferenças na estabilidade no sentido interno de coerência entre dois grupos de idade (o grupo mais novo constituído por idades inferiores a 30 anos e no grupo mais velho constituído por indivíduos superiores aos 30 anos) e utilizando o questionário de orientação para a vida (Antonovsky, 1987), mediram o sentido da coerência em dois momentos temporais diferentes (anos 1992 e 1997). A metodologia do estudo foi baseada em modelos longitudinais da análise de factor usando a estrutura de LISREL. Os resultados não vão ao encontro da linha teórica de Antonovsky: não se verificando no grupo mais velho maior estabilidade do SIC. De facto, a idade não foi factor decisivo na estabilidade dos valores médios do Sentido Interno de Coerência. Assim, os autores referem que a teoria de Antonovsky (1987a, 1991) necessita de um estudo mais aprofundado no que diz respeito ao efeito da idade no SIC.

No mesmo sentido referimos o estudo de Larsson e Kallenberg (1996), que pretendendo estudar as relações entre as condições sócio-económicas, a saúde e o Sentido Interno de Coerência de 2003 suecos, verificou que os valores médios de Sentido Interno de Coerência aumentam, a medida que aumenta a idade.

Estratificação social

Além do sexo e da idade, outra componente fundamental nos estudos dos grupos humanos é a pertença social dos indivíduos. De acordo com Hunt (1982) a determinação de classe social é equivalente a determinação estrutural. Nesta linha de pensamento, Graffar (1956, 1957 e 1966; in Nunes 1999) empreendeu um esforço na compreensão de pertença social das pessoas através de uma

noção mais institucionalizada. Dentro desta vertente teórica, a ocupação desenvolvida pelos adultos tem um impacto substancial sobre a sua psicologia e sobre a estratificação social. O estudo das relações existentes entre a posição na estrutura social e a mortalidade notabilizou Antonovsky na década de 60. Para o autor é no âmbito profissional – do qual deriva a posição na estratificação social – que se desenvolve o Sentido Interno de Coerência ao longo da vida (Antonovsky, 1987).

Vários estudos relacionaram o SIC com a estrutura social, verificando o impacto desta na formação, desenvolvimento e estabelecimento do Sentido Interno de Coerência. Um dos estudos mais importantes desenvolvido nesta área é o de Lundberg (1993 cit in Nunes 1999). Após a administração da escala a 3949 pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos, Lundberg reparou que existia uma relação directa e significativa entre um baixo Sentido Interno de Coerência e uma posição inferior na estratificação social.

II.5 – O Sentido Interno de Coerência e o Bem-estar Subjectivo

Tal como já foi referido anteriormente, um dos construtos que têm vindo a suscitar o interesse dos investigadores da Psicologia é o bem-estar subjectivo, sendo esta a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a sua vida. De facto, este constructo encontra-se relacionado com outros não menos importantes: felicidade, qualidade de vida, envelhecimento óptimo, etc; chegando estes a ser sinónimos do constructo bem-estar subjectivo.

Apesar das divergências terminológicas, a investigação defende que o bem-estar subjectivo é um conceito multidimensional. De facto, na linha do que é difundido o bem-estar subjectivo é composto por duas dimensões: Dimensão Cognitiva e a Dimensão Afectiva.

A dimensão afectiva do bem-estar subjectivo é composta por dois factores independentes: Afectividade Positiva (necessidade de experimentar emoções agradáveis) e Afectividade Negativa (necessidade de experimentar emoções desagradáveis).

A dimensão cognitiva, revela-se unitário e diz respeito a avaliação global que o sujeito faz da sua vida em termos do desejo de a mudar, do descontente-

tamento com a maneira como ela decorre, no momento presente, da satisfação com o passado (Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985).

Diener e Diener (1995) definem o bem-estar subjectivo como reacção avaliativa das pessoas à sua própria vida - quer, em termos de satisfação com a mesma (avaliação cognitiva), quer em termos de afectividade (reacções emocionais estáveis).

Relativamente ao conceito – Satisfação com a vida, este diz respeito ao grau de contentamento com a maneira como tem decorrido a própria vida, referindo-se então a um juízo subjectivo sobre a qualidade de vida e aos aspectos positivos da própria vida (Simões; 1992).

Por sua vez, Okun et al. (1990) definiram a Felicidade como a razão entre a afectividade positiva e a afectividade negativa experimentada, no momento presente.

Uma característica comum a estes conceitos é o facto de, apesar de serem construtos diferenciados (pois cada um vive e sente de forma diferente, e esta diferenças variam de povo para povo), também insistem numa tendência universal, em que cada homem procura a realização plena de si mesmo.

De acordo com Diener (1985) alguns dos factores que influenciam o bem-estar subjectivo são: a satisfação subjectiva; os rendimentos económicos; as variáveis demográficas; a personalidade e as influências biológicas.

De entre todas estas variáveis as que contribuem de forma substancial para o bem-estar subjectivo são as variáveis personológicas (ou da personalidade). Não admira pois que esta variável seja alvo de constantes investigações e meta-análises. A título de exemplo refere-se aqui brevemente os resultados da meta-análise feita por DeNeve e Cooper (1998) abrangendo um total de 148 estudos, envolvendo uma população heterogénea com idades compreendidas entre os 17 e os 99 anos. O resultado final desta meta-análise revelou que os melhores preditores do bem-estar subjectivo são: a defesa repressiva (evitamento não consciente de informações ameaçadoras), a confiança, a estabilidade emocional, o locus de controlo - sorte, o desejo de controlo, a resistência ao stress, a afectividade positiva e a tensão.

Tal como já foi referido anteriormente o bem-estar subjectivo é um constructo multidimensional e coloca em evidência duas dimensões – a dimensão

afectiva e a dimensão cognitiva. A dimensão afectiva, de carácter pluralista, traduz-se na tendência de experimentar sentimentos e emoções agradáveis (afectividade positiva) ou desagradáveis (afectividade negativa). Por sua vez, a dimensão cognitiva, que assume um carácter unitário, diz respeito a avaliação global que o sujeito faz acerca da sua vida. Esta última está representada por um factor – a satisfação com a vida (Diener, 1996 in Simões et al, 2000).

De acordo com Skin e Johnson (1978 cit in Simões, 1992), a satisfação com a vida é uma avaliação global da qualidade de vida de um indivíduo de acordo com critérios por ele escolhidos (saúde, riqueza, mobilidade, etc.); isto é, o grau de contentamento com a maneira como tem decorrido a própria vida. De facto, este constructo remete para um juízo subjectivo sobre a qualidade de vida.

Uma outra forma de operacionalizar o bem-estar subjectivo é através da Felicidade, sendo esta conceptualizada como a razão entre a afectividade positiva e afectividade negativa experimentada (Okun et al. 1990 in Simões 1992). Assim, contrariamente a satisfação com a vida, a Felicidade constitui uma dimensão afectiva do bem-estar subjectivo.

De facto, dada a importância de estes construtos, os investigadores aprontaram-se a desenvolver escalas destinadas a avaliar quer a satisfação com a vida (dimensão cognitiva), quer com a felicidade (dimensão afectiva). Uma das escalas mais utilizadas para avaliar a Felicidade é a Oxford Happiness Inventory ou a Psychological Well-Being Inventory de Ryff (1989). Relativamente a Satisfação com a Vida encontramos várias: Life Satisfaction Index de Neugarten, Haighurst e Tobin (1961), Philadelphia Geriatric Center Morale Scale de Lawton (1975) e a Satisfaction With Life Scale de Diener et al. (1985). Contudo, esta última escala figura entre os instrumentos de género mais úteis e válidos na população idosa.

Esta escala, Satisfaction With Life Scale de Diener et al. (1985), preencheu, de igual modo, a necessidade sentida relativamente a uma escala multi-item de avaliação da satisfação com a vida, como processo cognitivo; que não era susceptível de ser avaliada por outras escalas compostas por apenas um item.

De facto, a escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale), foi avaliada, pela primeira vez em Portugal, por Neto et al. (1990), revelando-se

uma escala com características psicométricas adequadas, sendo confirmadas numa avaliação posterior de Simões (1992).

Mais recentemente, Barros (2001), enquadrado na teoria de Ryff (1989), desenvolveu uma escala de avaliação da felicidade. Com base nas dimensões apontadas como preditoras de felicidade, Barros, constitui itens de avaliação a partir das variáveis personológicas. A escala mostrou possuir qualidades psicométricas satisfatórias, através da consistência interna e da validade concorrente e discriminante.

Uma das principais conclusões que podemos retirar acerca da validação de instrumentos de avaliação do bem-estar e felicidade é o facto de estes construtos serem complexos e influenciáveis por múltiplos factores, tornando a tarefa difícil (Ferreira e Simões, 1999 in Barros 2001). Para uma avaliação mais rigorosa deste tópico é necessário insistir numa definição abrangente da felicidade, do bem-estar subjectivo e da satisfação com a vida (Barros 2001). De facto tal como Diener (2000) refere, torna-se urgente encontrar bases científicas a nível social e pessoal, a fim de compreender o fenómeno do bem-estar subjectivo, pois este encontra-se ainda num estado rudimentar.

A escala de Sentido Interno de Coerência mede a disposição que o sujeito tem para lidar com estímulos stressantes, promovendo a saúde dos sujeitos. Tal como é sugerido por Antonovsky, o Sentido Interno de Coerência surge no nascimento e estabiliza pelos 30 anos de idade, sendo que, a partir de aqui poderão ser observáveis alterações devido a interacções intensas com o meio ambiente. Quando o Sentido Interno de Coerência é forte, os estímulos são percebidos como compreensíveis, fazem sentido cognitivamente, passíveis de serem geridos, são passíveis de serem controlados (individualmente ou por entidade exterior ao sujeito) e emotivamente significativos. Um forte Sentido Interno de Coerência pode sugerir também, que os sujeitos não só lidam eficazmente com o acontecimento traumático, mas esforçam-se por transformar tal acontecimento numa experiência salutar (Tedeschi e Calhoun, 1995).

Várias dezenas de trabalhos envolvendo o Sentido Interno de Coerência e o bem-estar subjectivo foram realizados ao longo dos últimos anos.

Numa síntese de 20 estudos apresentados por Strumpfer et al. (1998), envolvendo uma amostra global de 1670 sujeitos e utilizando como instrumentos

de avaliação a Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS) e o Questionário de Orientação para Viver (OLQ) foram encontradas correlações altas e significativas ($p < 0,001$) entre o Sentido Interno de Coerência e as medidas de afetividade negativa, ansiedade e neuroticismo. A correlação média encontrada entre os estudos é de -0,70.

O estudo de Danana (1995) sugere ainda uma questão interessante, quando compara os valores de correlação, entre o SIC e duas escalas diferentes: Escala Negativa de Afetividade e a Escala de Neuroticismo. Tal como é sugerido inicialmente, existe variação nos valores de correlação, contudo estes mantêm-se significativos. Utilizando a Escala Negativa de Afetividade obtém-se valores de correlação mais baixos entre ambas variáveis ($r(112) = -0.32$) comparativamente com os valores obtidos quando é utilizada a Escala de Neuroticismo ($r(112) = -0,45$).

Apesar de ser indubitável a relação existente entre o Sentido Interno de Coerência e a Escala Negativa da Afetividade; também surgem estudos que sugerem que, a correlação significativa e negativa existente entre ambas variáveis pode não só representar a ausência de neuroticismo, como também a validação da escala de Sentido Interno de Coerência, se considerarmos que os valores mais baixos de Afetividade Negativa forem considerados como emocionalmente estáveis (Strumpfer, 1998). Entre eles salienta-se o trabalho de Korotkov (1993) que tentando compreender os efeitos do neuroticismo, idade e sexo no Sentido Interno de Coerência (com base nos sintomas físicos ao longo de alguns meses) verifica que o valor médio da correlação varia de - 0,31 para -0,16. O autor sugere que uma nova escala de Sentido Interno de Coerência deve ser construída, excluindo o domínio afectivo, resultando numa escala “vazia” de emotividade/afetividade. Como alternativa sugere, também, o controlo estatístico do traço de neuroticismo em futuras investigações. Na mesma perspectiva, Hittner (1994), após extrair o efeito do traço da ansiedade, verifica que o SIC não prediz a Depressão e a Raiva. Questiona, ainda, se o Sentido Interno de Coerência será uma medida de resiliência e de bem-estar, ou apenas, uma medida de ausência de neuroticismo.

A Afetividade Positiva (PA), como dimensão da personalidade, separada e dominante, assume também importância quando se relaciona com o Senti-

do Interno de Coerência. Mais uma vez, surge a confusão relativamente a sua terminologia: é conhecido como sendo sinónimo de extroversão (Clark, 1994) o lado positivo da emoção (Watson et al, 1992), ou ainda, o lado positivo das vivências do sujeito (Goldberg, 1992). Para o presente estudo a Afectividade Positiva é caracterizada por sentimentos de prazer, alegria, entusiasmo, excitação, experimentado durante os acontecimentos de vida, mas também pela vitalidade, determinação, aventura, e pela capacidade de envolvimento e alerta.

De acordo com Antonovsky e Strumpfer, o Sentido Interno de Coerência é um constructo personológico, contudo, à luz de outros autores, esta conceptualização original “carrega” uma forte semelhança com a Afectividade Positiva. Strumpfer sugere a leitura do estudo desenvolvido por Mlonzi (1998) e no qual se verifica que o Sentido Interno de Coerência encontra-se relacionado significativamente e ao mesmo nível, com o traço de extroversão ($r(98) = 0,51$) e ansiedade ($r(98) = 0,52$), utilizando o Questionário de Avaliação de Personalidade de Cattell e colaboradores (1970), com base em 16 factores que integram a personalidade. Apesar destas questões conceptuais, existem inúmeros estudos que correlacionam positiva e significativamente ambas as variáveis. Du Toit et al (1997), encontram uma correlação positiva e significativa ($r(58) = 0,74$, $p < 0,001$) entre o Sentido Interno de Coerência e a Escala de Satisfação com a Vida (Diener e Pavot, 1993) e com a Escala de Extroversão do Inventário da Personalidade NEO (Costa e McCrae, 1992) de 0,51. Por sua vez, Compton et al (1996), fazendo uma análise factorial de medidas de saúde mental, verificam que o Sentido Interno de Coerência surge como o terceiro factor mais importante de um conjunto de nove variáveis de Afectividade Positiva e de Satisfação com a Vida, que são frequentemente definidos como os factores mais importante do bem-estar subjectivo. Dentro da mesma perspectiva surge o trabalho de Wissing e van Eden (1997) que apontam o Sentido Interno de Coerência, como o terceiro factor mais importante em oito medidas de bem-estar psicológico e geral.

No sentido de compreender qual o peso da Escala Positiva e Negativa da Afectividade no Sentido Interno de Coerência, Strumpfer (1998) desenvolveu várias investigações e os resultados fazem-nos compreender a complexidade do constructo SIC. Strumpfer sugere após análise de regressão múltipla dos dados (PANAS x SIC) que cerca de 29% da variância é explicada pela escala negativa

de afectividade, enquanto que a escala positiva da afectividade explica cerca de 16%, deixando assim 56% de variância por explicar. O autor sugere que apesar de as investigações referirem a relação significativa entre estas escalas, não podemos esquecer, que existem entre 38% a 47% de variância inexplicada, o que torna estas percentagens pouco importantes para o SIC.

Partindo de uma taxionomia tripartida da personalidade, McAdams (1995, 1996), sugere uma alternativa para explicação do conceito do Sentido Interno de Coerência na estrutura da personalidade. Assim a personalidade encontra-se dividida em três níveis:

Nível 1 – Traços: características amplas, universais, relativamente descontextualizadas e construtos implicitamente comparáveis. Os traços tendem a ser estáveis ao longo do tempo e dá uma disposição descritiva da personalidade.

Nível 2 – envolve as preocupações pessoais, as metas, os objectivos, as tarefas, os projectos, as estratégias de coping, os valores, a motivação e outras estratégias desenvolvimentais.

Nível 3 – diz respeito a identidade, que promove a unidade na vida dos sujeitos.

À luz da teoria da McAdams, a afectividade positiva e negativa pertencem ao nível 1 da personalidade, enquanto que o Sentido Interno de Coerência com as diferentes componentes (compreensão, gestão e investimento) pertence ao nível 2. De facto, tal pressuposto vai ao encontro do modelo de resolução de conflitos de Antonovsky (1987) e no qual as pessoas portadoras de um forte Sentido Interno de Coerência seleccionam e empregam estratégias de coping mais apropriadas para lidar com os estímulos confrontativos e ansiogénicos. Presume-se, à partida, que estas pessoas tenham um considerável repertório de recursos disponíveis. Uma vez mobilizados os recursos, é essencial definir a natureza e dimensão do problema, fazendo sentido para o sujeito. Contudo, é a constante actualização dos recursos face ao acontecimento ansiogénico que torna originais ou peculiares as pessoas portadoras de um forte SIC.

É através da teoria de McAdams (1995), que poderemos ver explicado o motivo pelo qual a Afectividade Positiva e Negativa (assim como outros traços)

podem estar relacionados com o SIC. Não se trata de uma pura análise factorial traço-medida, mas de uma análise mais complexa da personalidade, que deriva do primeiro nível da taxionomia, isto é, dos Traços. Desta forma, os níveis de personalidade não funcionam de forma independente, mas antes numa constante interacção sistémica entre todos, e onde todos os aspectos da personalidade interagem entre si, criando um longo leque de factores que se influenciam reciprocamente. Assim, McAdams reforça a teoria de Antonvsky (1987), na medida em que os aspectos cognitivos e afectivos se relacionam bi-direccionalmente.

À luz desta perspectiva, a questão levantada por Korotkov (1993), relativamente à necessidade de ausência de afectividade na Escala de Avaliação do SIC faz sentido, na medida em que a ausência de afectividade resulta dos mecanismos de desestruturação do funcionamento da personalidade. Assim, estando presente a ansiedade ou outro traço negativo no SIC, torna este menos válido e menos hábil para relacionar-se efectivamente com outros sintomas, variáveis ou estratégias de acção. Salienta-se, desta forma, a natureza de coping que o SIC assume, mais do que a uma medida do funcionamento cognitivo.

II.6 – O Sentido Interno de Coerência e a Depressão

O modelo salutogénico assume que os “stressores” são omnipresentes e nunca poderão ser completamente anulados. Considera o ser humano num estado de desequilíbrio dinâmico, importando centrar a atenção nos factores envolvidos no posicionamento da pessoa no contínuo rumo ao extremo da saúde. Este modelo rejeita a classificação dicotómica pessoas saudáveis/pessoas doentes e tenta superar o redutivismo da etiologia da doença, considerando a experiência totalizadora da vida da pessoa. O que importa investigar é quais os factores que, num ambiente de stress, permitem uma resposta favorável à saúde – quais os factores promotores de saúde.

A resposta de Aaron Antonovsky (1987), principal teórico do modelo salutogénico, está no que chamou recursos generalizados de resistência – ego, poder, inteligência, conhecimento, educação, estabilidade cultural, suporte social... Estes recursos levam a experiências de vida que podem estruturar um “Sentido Interno de Coerência” robusto, uma maneira de fazer face ao mundo que facilita a adaptação com sucesso aos agentes stressores do dia-a-dia.

O “sentido interno de coerência” é visto como uma orientação global que define a capacidade de um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encarar os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como estruturados, preditíveis e explicáveis (compreensibilidade), considerando ter ao seu alcance os recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (manejabilidade), e sendo essas exigências encaradas como desafios, que merecem o seu investimento e empenho (significabilidade). Este “Sentido Interno de Coerência” vai sendo estruturado ao longo da vida de cada um e pode evoluir e ser alvo de tentativas de melhoria. Aaron Antonovsky defende que a robustez do “Sentido Interno de Coerência” é influenciada por três diferentes experiências de vida – consistência, avaliação positiva-negativa que faz da sua vida e pela participação em decisões consideradas socialmente importantes. Estas experiências são moldadas pela posição de cada um na estrutura familiar e social, pela própria cultura, pelo trabalho que faz, sexo, etnia, genética, entre outros. Antonovsky elaborou um questionário para avaliar o “Sentido Interno de Coerência”, que se encontra validado para Portugal.

Ao abordarmos a problemática da depressão no idoso coloca-se-nos, à partida, várias questões das quais se evidenciam duas que nos parecem fundamentais: a abrangência e a importância que a mesma assume nos nossos dias. Na perspectiva de Barreto (1973), o termo “depressão” pode designar uma doença, síndrome, sintoma, ou um simples estado afectivo – a tristeza. A depressão é um estado de elevada complexidade. É possível a detecção de diversos componentes como a ansiedade, a agitação, a preocupação, a dor mental e sentimentos de culpa implicando um número significativo de ocorrências e uma vivência forte e contínua de infelicidade. Onde o passado imobiliza-se geralmente sob a forma de vivência de culpa, caminhando o deprimido inexoravelmente para ele. O presente é rejeitado por ideias de indignidade e de ruína e o futuro encontra-se bloqueado devido a ideias de catástrofe eminente, de ruína e de morte (Teixeira e Branco, 1989 cit in Fernandes, 2000).

Na perspectiva de Blazer (1992), a depressão pode ser analisada em três ópticas diferentes: (1) Como um fenómeno unitário que vai variando na intensidade e onde as suas manifestações formam um contínuo entre extremo, que pode ser “aguda e crónica”, “ligeira e severa”, etc. (2) Como modelo médico tradicio-

nal, onde os distúrbios afectivos são considerados grupos de entidades distintas ou síndromes independentes. (3) Dimensão funcional em que a função estando prejudicada, influencia negativamente o desempenho de papéis de responsabilidade. Os sintomas depressivos assumem uma conotação de severidade.

Diversos estudos epidemiológicos relativos à depressão apontam-nos para resultados em que a prevalência dos sintomas depressivos se situam entre 9 e 20% da população em geral, sendo o risco de desenvolver um quadro depressivo mais frequente nas mulheres (20 a 26%) do que nos homens (8 a 12%). Ainda, segundo Gouveia (1990), estudos efectuados junto da população que frequenta a consulta de medicina geral indicam a presença de depressão em 15 a 25% destes indivíduos, enquanto que na consulta de psiquiatria aumenta de 65 para 75%. O suicídio surge como a consequência mais grave da depressão, à que se seguem os custos emocionais que a depressão implica (que se traduzem em conflitos conjugais e familiares) bem como custos económicos resultantes dos gastos com o tratamento, do absentismo e da diminuição do rendimento no trabalho.

Segundo Guz (1990), há vários modelos explicativos da depressão que podem ser alinhados em três grupos:

- Modelos Bioquímicos – Seja por origem genética, ambiental ou a acção de ambas, o que leva aos distúrbios depressivos, no seu amplo sentido, será de uma alteração, de maior ou menos extensão, nas condições electroquímicas basais do Sistema Nervoso Central. A hipótese bioquímica da depressão que goza de maior prestígio é aquela que aponta como agente responsável pela depressão uma diminuição do “Na” no Sistema Nervoso Central.
- Modelos Psicológicos – As teorias que atribuem uma patogenia psíquica à depressão dividem-se em dois grupos. Por um lado, o modelo psicodinâmico, por outro lado, o modelo cognitivo - comportamental. Tendo em conta o modelo psicodinâmico, a depressão encontra-se associada aos portadores de constituição ambivalente (são pessoas que convivem com sentimentos contraditórios, como amor e o ódio, ou querer e não querer). Por sua vez, os modelos cognitivo – comportamentais, defendem que os distúrbios depressivos são consequência directa, de uma

aprendizagem defeituosa que com o decorrer do tempo, assume uma existência própria.

- Modelos Sociológicos – Não se pode negar a influência dos factores sociais no desenvolvimento e manutenção de grande número de manifestações depressivas. As sociedades humanas são instituições concretas que evoluíram e continuam evoluindo em virtude da acção dos seus integrantes.

Para Guz (1990), a epidemiologia das doenças depressivas, foi e continua a ser muito difícil de ser efectuada, devido à falta de entendimento entre os investigadores dos diferentes países e épocas, no que se relaciona com o seu conteúdo, diagnóstico e classificação. Os factores de risco em relação ao aparecimento de sintomas depressivos são mais elevados nas mulheres jovens, nos homens idosos, nos indivíduos de classe socio-económica baixa e nos separados ou divorciados.

Depressão no Idoso

Tendo em conta que a depressão no idoso deve ser enquadrada no contexto social em que o indivíduo está inserido, podemos afirmar que os indivíduos deprimidos afectam de forma relevante aqueles com quem contactam e, por seu lado, são afectados por aqueles com quem se relacionam.

Os distúrbios psicopatológicos, em particular a depressão no idoso, não surege simplesmente no decurso do envelhecimento normal, mas antes é um “tipo de perigo que ambos os processos normal e anormal podem adquirir sob determinadas circunstâncias (Leighton et al., 1963). Múltiplos factores internos e externos contribuem para a instauração da depressão, incluindo agentes externos psicoquímicos, processos cognitivos, substratos fisiológicos de emoções e o ambiente social e cultural.

Segundo Marques et al. (1989), existem três grandes factores que, em termos etiológicos, são geralmente apresentados como importantes no eclodir da depressão nos idosos: factores ambientais, factores genéticos e factores orgânicos.

Relativamente aos factores ambientais que se encontram relacionadas com o meio do idoso (profissional, social ou familiar), destacam-se: o isolamento

e a falta de convívio social; a ausência de trabalho, com consequente imobilidade; a saída dos filhos da casa paterna, ou síndrome do “ninho vazio”; a morte do cônjuge ou de pessoas de família; a noção de desvalorização social e profissional; a noção de “fardo”, para a família; as perdas físicas, mentais e sociais próprias do idoso.

No que concerne aos factores genéticos, a literatura afirma que a maioria das crises de depressão major ocorridas na 3ª idade são aquelas em que o peso genético é maior. Refere também, que os indivíduos que sofrem uma primeira crise depressiva na 3ª idade estão mais ajustados emocional, social e psicologicamente, do que aqueles que sofrem uma crise depressiva tardia, ou seja, na idade adulta.

Quanto aos factores orgânicos, referem-nos a existência de uma grande diversidade de afecções orgânicas que se podem manifestar em sintomas desta natureza, salientando as alterações senis e ateroscleróticas e os acidentes vasculares cerebrais.

Numa outra etiologia factorial, Cassel e Leighton (1969) delinearam uma série de parâmetros etiológicos na depressão do idoso: os factores genéticos e biológicos; os eventos ocorridos no transcurso de toda a vida do indivíduo; a personalidade do idoso e a sua percepção de satisfação com a vida; os processos sócio-culturais e as situações concorrentes para o distúrbio assim como o grau de incapacitação da depressão na idade avançada.

Contrastando com o diagnóstico da maioria das enfermidades físicas, os clínicos que cuidam de doentes psíquicos devem focar a sua actividade diagnóstica nos pensamentos, sensações e acções das pessoas que estão a ser examinadas (Linn, 1974 cit in Blazer, 1987). A queixa principal que expressa o idoso deprimido pode não se afigurar de imediato como sendo um sinal de depressão para o clínico. Esta queixa pode reflectir preocupações acerca da saúde física, dificuldades com relacionamentos sociais e familiares, insatisfação com as circunstâncias financeiras, entre muitas.

Beck (1967) classificou os sintomas depressivos emocionais, físicos e da vontade. Os sinais de distúrbios depressivos incluem comportamentos observáveis. O quadro 2 apresenta uma síntese de sintomas e sinais de Depressão em Idosos.

Quadro 2

Sintomas e Sinais de Depressão nos Idosos

<i>Sintomas</i>	<i>Sinais observáveis</i>
<p>Emocionais</p> <p>Desalento ou Tristeza</p> <p>Insatisfação com a vida</p> <p>Perda de interesse</p> <p>Vontade de chorar</p> <p>Irritabilidade</p> <p>Vazio</p> <p>Temores</p> <p>Sentimentos negativos</p> <p>Preocupação</p> <p>Desespero</p> <p>Sensação de falhar</p> <p>Solidão</p> <p>Inutilidade</p>	<p>Aparência</p> <p>Posição encurvada</p> <p>Rosto Triste</p> <p>Falta de cooperação</p> <p>Afastamento social</p> <p>Hostilidade</p> <p>Suspeitas</p> <p>Confusão mental e falta de clareza</p> <p>Variação diurna de humor</p> <p>Aparência descuidada</p> <p>Ulcerações ocasionais da córnea por não pestanejar</p> <p>Perda de peso</p> <p>Empazinamento</p>
<p>Cognitivos</p> <p>Baixa auto-estima</p> <p>Pessimismo</p> <p>Sentimento de Culpa</p> <p>Ruminação dos Problemas</p> <p>Pensamentos Suicidas</p> <p>Delírios</p> <p>Dúvida de valores e crenças</p> <p>Dificuldades de Concentração</p> <p>Memória Fraca</p>	<p>Retardamento psicomotor</p> <p>Fala lenta</p> <p>Movimentos lentos</p> <p>Diminuição dos gestos</p> <p>Andar lento e vacilante</p> <p>Mutismo</p> <p>Cessar a mastigação</p>
<p>Físicos</p> <p>Perda de apetite</p> <p>Fadiga</p> <p>Sono perturbado</p> <p>Insônia Inicial</p> <p>Insônia Terminal</p> <p>Acordar com frequência</p> <p>Constipação</p> <p>Perda da Libido</p> <p>Dor</p> <p>Inquietação</p>	<p>Agitação Psicomotora</p> <p>Actividade motora contínua</p> <p>Torcer as mãos</p> <p>Arranhar a pele</p> <p>Medir os passos</p> <p>Sono agitado</p> <p>Segurar os outros</p>
<p>Volitivos</p> <p>Perda da motivação ou paralisação da vontade</p> <p>Impulsos suicidas</p> <p>Desejo de se afastar da sociedade</p>	<p>Comportamento bizarro ou inadequado</p> <p>Gestos suicidas</p> <p>Negativismo</p> <p>Ímpetos de agressividade</p>

Mirchandani (1991) refere que as depressões em idosos são as alterações psiquiátricas mais frequentes em indivíduos da Terceira Idade, indicando-nos que

dois em cada três doentes que recorrem à consulta externa de psiquiatria são vítimas de depressão e que, pelo menos 10 a 50% de todos os indivíduos acima dos 65 anos desenvolverão, pelo menos, um episódio de depressão significativa. Convém, no entanto, clarificar que a depressão quando surge num indivíduo da Terceira Idade, geralmente mais não é do que a repetição de uma crise depressiva cujo surto inicial terá ocorrido anos antes, podendo já ter apresentado vários episódios decorrentes (Vaz Serra, 1977).

Lopes (1998), num estudo por si realizado, numa amostra constituída por seis grupos de doentes, conclui que: os idosos (com 60 anos ou mais) que, pela primeira vez, adoeceram com depressão na terceira idade apresentam como características fundamentais a lentidão e a inibição e, embora com menor realce, sintomas gastro-intestinais. O grupo dos mais jovens (com menos de 45 anos) evidencia predomínio de sentimentos de culpa, ideias de suicídio, ansiedade psíquica, desespero e humor depressivo. Por seu lado, no grupo intermédio (entre os 45 e os 59 anos) predominam sintomas como a ansiedade psíquica, ansiedade somática, problemas gastro-intestinais e grande ansiedade, surgindo ainda, embora com menor evidência, sentimentos de culpa e despersonalização. Neste mesmo estudo, o autor concluiu que a incidência da depressão nos gerontes depende da sua condição social, encontrando-se maior número de depressões nos que não trabalham e nos que se encontram sujeitos a tratamentos de doenças físicas. Conclui-se então, que a ocupação ou actividade desempenha um papel importante na profilaxia das depressões.

De facto os recursos generalizados de resistência têm um papel importante na prevenção e tratamento de psicopatologias da terceira idade. Torna-se importante citar o estudo de Carstens e Spangenberg (1997) e no qual as relações entre os quadros de depressão major e os valores de Sentido Interno de Coerência foram avaliados numa amostra de 50 idosos. Os resultados são conclusivos: foi encontrada uma relação negativa entre os valores médios de depressão e os valores médios de SIC, e entres os valores médios de depressão e os valores médios das sub-escalas de SIC (compreensão, gestão e investimento). Para além destes resultados, foi possível verificar que valores baixos de investimento foram os melhores predictores do quadro depressivo.

II.7 - O Sentido Interno de Coerência

Encontrando o lugar nas teorias da saúde e no envelhecimento

A razão de ser dos sistemas de saúde resume-se à noção de promoção da saúde das populações. Dentro dos paradigmas salutogénico e patogénico, as suas teorias vieram alertar o cidadão para a possibilidade de gerir positivamente o stress da vida; surgindo então modelos biológicos, psicológicos e sociológicos explicativos.

A promoção da saúde consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais. A promoção da saúde tem por objectivo permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os factores determinantes da mesma (Green 1994 cit in Nunes 1999).

Antonovsky considera que um forte Sentido Interno de Coerência está directamente associado à saúde. Consequentemente, ele postula que o construto biológico do sistema interno de coerência tem consequências directas ao nível físico, existindo, por sua vez uma relação indirecta entre o nível físico e a saúde. De forma surpreendente, no modelo salutogénico de Antonovsky a Saúde está minimizada a aspectos físicos e/ou objectivos da condição física, chegando a existir um certo cepticismo do autor relativamente a influencia dos aspectos mentais/emocionais entre o Sentido Interno de Coerência e as medidas de bem-estar (bem-estar subjectivo).

O Sentido Interno de Coerência tem uma influência directa nos diferentes sistemas do organismo, por exemplo, o sistema nervoso central, o sistema imunitário e o sistema hormonal (FCHE, 1999). Afecta os processos de pensamento (cognições) que têm uma influência directa no estado sintomatológico do deprimido. Assim, existe uma ligação directa entre o SIC e a criação de reacções complexas a vários níveis. Ou seja, a força do SIC influencia não só a gestão dos estados de tensão mas também actua como um filtro directo no processamento da informação. O SIC mobiliza recursos. A implementação com sucesso destes recursos leva à redução da tensão e, desta forma, afecta indirectamente o sistema fisiológico envolvido no processo do stress.

Pessoas com um elevado nível de SIC estão em melhor posição para fazer escolhas positivas em relação ao seu comportamento que promove explicitamente a saúde e são capazes de evitar acções que possam por em causa a

mesma. Logo, ao afectar o comportamento promotor de saúde, o SIC tem uma influência indirecta no estado de saúde da pessoa.

Várias dezenas de trabalhos envolvendo o Sentido Interno de Coerência foram sendo realizados, em particular na última década (Berstein & Carmel, 1987, 1991; Bowman, 1996; Carmel & Berstein, 1989; Flannery & Flannery, 1990; Flannery, Perry, Penk, & Flannery, 1994; Frommberger et al., 1999; McSherry & Holm, 1994; Rennemark & Hagberg, 1999; Schnyder, Buechi, Sensky, & Klaghofer, 2000). Seria demasiado extenso referenciá-los todos, mas uma consulta ao *sítio* da FCHE ou ao *sítio* www.angelfire.com/ok/soc permite obter um conjunto de evidência em relação ao conceito e à sua aplicabilidade na saúde. A correlação significativa do conceito com um conjunto de alterações no nível da saúde denota o seu vigor e a sua validade. Um elevado nível de SIC está associado:

- Melhor percepção do estado de saúde;
- Diminuição de sintomas patológicos;
- Melhor estado de saúde;
- Melhor saúde mental;
- Menor risco de depressão;
- Menor probabilidade do desenvolvimento de comportamentos de risco;
- Maior esperança e participação no processo de recuperação;
- Melhor satisfação com a vida, bem-estar e diminuição de sintomas psicológicos negativos;
- Melhor adaptação das famílias à doença;
- Maior esbatimento das consequências resultantes de incapacidades permanentes;
- Menores queixas somáticas.

O conceito de Sentido Interno de Coerência mostrou a sua validade. Mas como poderemos trabalhá-lo, perante a situação de velhice, numa perspectiva de promoção e protecção da saúde? A resposta está em colocar o idoso no centro de um sistema multisectorial com abordagem salutogénica, promovendo o seu *empoderamento* (*empowerment*).

Apesar do constructo proposto inicialmente por Antonovsky não valorizar os aspectos personológicos e sociais certas investigações mais recentes pare-

cem apontar para relações entre eles e reforçam o modelo salutogénico como um modelo explicativo do bem-estar e da saúde na população idosa (Coe, Romeis; Tang, & Wolinsky, 1990; Schunk and Carbonari, 1984 cit in Brooks, 1998).

Na verdade, o Instituto Nacional para o Envelhecimento (Estados Unidos da América) considera que apesar de a condição física contribuir para uma boa adaptação às mudanças ocorridas na Terceira Idade, este não deve ser o único aspecto a ter em conta. A adaptação psicológica, a actividade social e a condição física são dimensões importantes de um envelhecimento bem sucedido.

Antonovsky (1987) refere que é imprescindível olhar para o termo Saúde num sentido amplo, indo para além da dimensão fisiológica e incluindo o ajustamento psicológico e o funcionamento global do indivíduo. Para McCubbin, Thompson, Thompson e Fromer (1998 cit in Fonseca, 2005), pensar sob um ponto de vista salutogénico “envolve reavaliar e considerar devidamente aqueles factores e recursos que nos ajudam a permanecer saudáveis”.

Para Brooks (1998), a teoria salutogénica rompe com as perspectivas tradicionais sobre o stress, na medida em que procura mudar de um olhar centrado na patologia para um novo enfoque, centrado na adaptação saudável. O autor salienta também, que Antonovsky procurou alcançar uma compreensão mais alargada do conceito de coping, propondo que os traços da personalidade como a racionalidade, a flexibilidade e a prudência sejam também encarados como padrões de coping, susceptíveis de influenciarem a forma como os indivíduos se adaptam.

De acordo com Antonovsky, o coping adaptativo constitui o segredo da tendência que os indivíduos sentem para caminharem em direcção ao pólo saudável do continuo saúde-doença, dando especial atenção aos Recursos Generalizados de Resistência, como o bem-estar, a força do self, o ambiente cultural em que se vive e o suporte social que se sente. Assim, os Recursos Generalizados de Resistência são elementos capazes de prever a qualidade de vida o que permite ao indivíduo lidar eficazmente com o stress, facilitando a sua adaptação ao meio.

Tal como foi apresentado nos pontos anteriores, os Recursos Generalizados de Resistência formam o núcleo do Sentido Interno de Coerência e traduzem-se numa orientação ou traço disposicional global, estável e permanente

face ao mundo (Antonovsky, 1993 cit in Fonseca, 2005). Se aplicarmos este conceito a uma abordagem desenvolvimental, Antonovsky sugere que na origem do SIC está a conjugação entre as experiências de vida pelas quais o indivíduo passa e os recursos que utiliza nestas experiências. Isto é, recursos como o suporte social, o dinheiro, a fé religiosa, a educação, a cultura e etc., que proporcionam um quadro de confronto individual mais ou menos coerente com as experiências de vida, de acordo com as capacidade de compreensão, investimento e gestão (Fonseca, 2005).

Para McCubbin, Thompson, Thompson e Fromer (1998) o Sentido Interno de Coerência proposto por Antonovsky reconhece a existência de capacidades inerentes ao organismo humano capazes de contrariar o stress e o risco de adoecer, sendo um conceito que se encaixa num âmbito mais alargado - a resiliência. Isto é, um conjunto de competências funcionais e padrões de comportamentos positivos que os indivíduos mostram sobre circunstâncias adversas.

Para Antonovsky o Sentido Interno de Coerência individual encontra-se estruturado por volta dos 30 anos de idade. Nesta idade a pessoa vive já numa situação estável em termos da sua vida profissional e familiar. Se o indivíduo alcançar a idade adulta tendo um forte SIC terá mais facilidade em confrontar-se com situações stressantes da vida; caso contrário, é provável que se manifeste um padrão de deterioração da saúde e do bem-estar psicológico. Neste sentido, Antonovsky defende que a pessoa com um forte SIC sabe procurar e usar os recursos adequados para lidar eficazmente com as mudanças e encontrar novos rumos para a sua vida. Assim, uma vez que o SIC está relacionado como bem-estar psicológico e com a saúde, podemos usá-lo como uma variável capaz de prever a capacidade de coping.

Revelando-se uma perspectiva apropriada para a compreensão da forma como algumas pessoas vencem os desafios e os acontecimentos com que se confrontam na velhice, a teoria salutogénica realça o funcionamento positivo do ser humano e defende uma postura voltada para a saúde em detrimento da patologia.

É com base nesta perspectiva que durante a década de 80 foram desenvolvidas uma série de investigações, que fornecendo um suporte empírico à hipótese segundo a qual o SIC e a preservação da saúde face aos acontecimentos

stressantes estão relacionados (Brooks, 1998; Coe, Romeis e Hall, 1998). Algumas destas investigações foram realizadas junto de pessoas idosas, revelando a utilidade do SIC no envelhecimento.

Tendo em conta os resultados obtidos nestas pesquisas, Brooks (1998 cit in Fonseca, 2005) refere que o modelo salutogénico tem o potencial para explicar as variações na qualidade de vida durante a velhice. Para além disto, afirma que o desenvolvimento desta teoria proporciona evidências importantes acerca da promoção da qualidade de vida e prevenção da dependência dos mais idosos, enfatizando o papel das variáveis psicossociais.

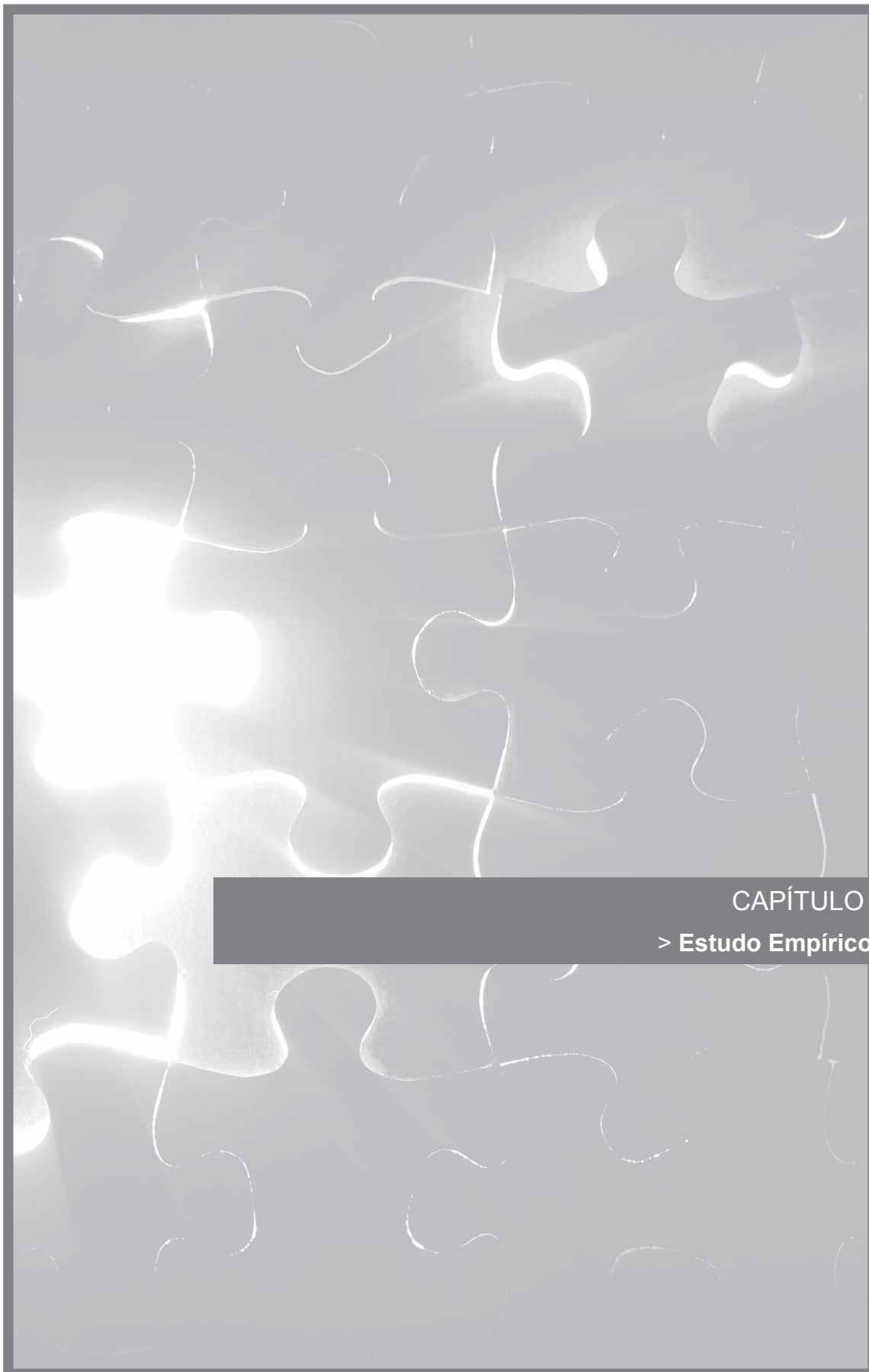
Vários estudos apontam neste sentido. É o caso do estudo de Larsson e Kallenberg (1996), que ao comparar a importância das componentes demográficas e das componentes psicológicas de saúde (medida no estudo pelo bem-estar psicológico e por indicadores específicos de saúde), os valores de Sentido Interno de Coerência estavam mais fortemente relacionados com os indicadores de saúde e de bem – estar psicológico, do que com a idade, os níveis de instrução, a renda, o número de amigos, entre outros.

Olhando para uma perspectiva de ciclo de vida, a teoria salutogénica apresenta ainda o potencial de ajudar as pessoas a viverem «vidas cheias de vitalidade até bem perto do fecho do ciclo biológico da existência.» (Anotnovsky, 1987, p.20). De facto a expressão “vidas com vitalidade” remete para um sentido claramente positivo, bem como para um sentido de aprendizagem; isto é, pode aprender-se a envelhecer bem, não estando condenado a viver uma vida passiva, limitada e dependente.

Uma outra evidência empírica que é apontada por estes estudos é a manutenção dos idosos na comunidade e a criação de intervenções adequadas à optimização da qualidade de vida dos sujeitos idosos, nomeadamente através da prestação de serviços domiciliários. A aplicação da teoria salutogénica à problemática da prestação de cuidados aos idosos, nomeadamente, os prestados pelas famílias, permitem contrariar a visão negativista existente a propósito desses cuidados, a qual acentua a sobrecarga que a prestação de cuidados implica, transformando em potenciais doentes os prestadores de cuidados familiares. Seleccionando e categorizando as famílias vulneráveis e que necessitam de apoio, o modelo salutogénico revela-se eficaz na consideração de um equilíbrio entre

os recursos e exigências situacionais, possibilitando um planeamento adequado do apoio a disponibilizar às famílias dele carenciadas.

Para concluir, apesar de não haver dados claros que permitam estabelecer uma relação causal entre o SIC e o envelhecimento bem sucedido, verifica-se que um Sentido Interno de Coerência elevado aumenta as probabilidades dos indivíduos idosos virem a usufruir e manter uma boa qualidade de vida. A teoria salutogénica, combinada com os modelos clássicos de stress e coping, permite-nos explicar, do ponto de vista psicológico, a relação entre os estilos e/ou estados cognitivos e afectivos das pessoas e a sua saúde física. Contudo desconhecem-se, em grande parte, os mecanismos de associação entre as dimensões e o processo pelo qual se influenciam mutuamente (Paul e Fonseca, 2001).



CAPÍTULO III

> Estudo Empírico >

III.1 Objectivos e conceptualização do Estudo

O Sentido Interno de Coerência é um constructo extensamente utilizado. A sua popularidade é tão grande que se torna difícil determinar o seu papel no funcionamento psicológico. A escala de avaliação do Sentido Interno de Coerência ou questionário de orientação para viver (QOV), desenvolvido por Antonovsky, é considerado um questionário de avaliação da saúde global; uma medida de saúde mental, uma medida de avaliação do bem-estar e uma medida de coping (Gana, 2001).

Recentemente um grande número de investigadores adoptou uma orientação salutogénica nos seus estudos, explorando os factores que ajudam um sujeito a manter o seu bem-estar físico e psicológico na presença de agentes stressantes.

Inicialmente, o significado do Sentido Interno de Coerência foi traduzido como uma forma de ver o mundo que facilita o coping em situações adversas. Contudo, Antonovsky defende que o Sentido Interno de Coerência não se refere, apenas, a um tipo específico de estratégias de coping, mas a todo um conjunto de factores que, em todas as culturas, são sempre a base para lidar de forma eficaz com os agentes stressantes. Estes factores são a capacidade de Compreensão, de Investimento e de Gestão.

Para Antonovsky (1987), o Sentido Interno de Coerência do indivíduo é uma orientação global que define a capacidade com a qual o indivíduo com um persistente e dinâmico sentimento de confiança encara os (1) os estímulos emanados dos meios internos ou externos de uma existência como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão - Comprehensibility); (2) que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (capacidade de gestão - maneability); e (3) que essas exigências são desafios capazes de catalisar o investimento e o empeno do indivíduo (capacidade de investimento - Meaningfulness).

A Capacidade de compreensão ou compreensibilidade (no inglês, Comprehensibility) refere-se à maneira como o indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada. Isto é, a forma como os sujeitos percebem os recursos disponíveis à

sua volta são adequados para preencher as necessidades impostas (Antonovsky, 1987 in Saboga 1997).

A capacidade de gestão ou Manejabilidade (no inglês, Manageability) refere-se à percepção que o indivíduo desenvolve acerca dos recursos pessoais ou sociais que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Refere-se a uma componente mais emocional e pessoal que apela ao desafio que estes estímulos podem constituir na vida do sujeito (Paul e Fonseca, 1999).

O último elemento que compõe o sistema interno de coerência diz respeito à capacidade de investimento ou significabilidade (no inglês, Meaningfulness). De forma concreta a capacidade de investimento diz respeito à capacidade que o sujeito tem de retirar sentido aos acontecimentos da sua vida e por isso encontrar neles razão para investir a sua energia e interesse. Ao contrário da capacidade de gestão, a capacidade de investimento envolve uma componente mais cognitiva do sujeito (Paul e Fonseca, 1999).

O Sentido Interno de Coerência assume assim um carácter cognitivo, afectivo e informal que permite ao indivíduo negar a aparente desordem da sua vida (ou acontecimento de vida que o implica) recuperando ordem e coerência, ao integrar positivamente esse acontecimento na sua experiência de vida.

Estas três componentes constituem uma visão e compreensão coerente do mundo onde vivemos. A pessoa que esteja dotada de um forte Sentido Interno de Coerência é cognitiva e emocionalmente capaz de identificar a natureza dos problemas e de os enfrentar de forma activa mantendo-se saudável no contínuo da doença – saúde. Embora Antonovsky não defenda que o SIC fosse um variável “amortecedora do stress”, um número crescente de estudos examinou o SIC como um recurso/amortecedor do stress e explorou seus efeitos (Jorgesen, Frankowski e Carey, 1999, cit in Pallant e Lae, 2001).

Desde o desenvolvimento do questionário de Orientação para o Viver (QOV), que o construto tem vindo a ganhar importância, ao longo de várias culturas e contextos (Carmel e Berstein, 1989; McSherry e Holm, 1994; Smits, Deeg, e Bosscher, 1995).

Os resultados desses estudos confirmam a validade e fidelidade do questionário, mas também, demonstra a utilidade e importância do construto. Os mesmos estudos revelam que um forte Sentido Interno de Coerência está relacionado com uma utilização mais eficaz dos recursos, um coping mais eficaz e uma grande capacidade de resiliência.

O Sentido Interno de Coerência tem vindo a ser relacionado com baixos níveis de depressão, ansiedade, stress e sintomas físicos, pertencentes a quadros patológicos, mas também, com bem-estar em geral, bem-estar psicológico e físico, bem como capacidade funcional (Berstein e Carmel, 1987, 1991; Bowman, 1996; Carmel e Berstein, 1989; Flannery e Flannery, 1990; Flannery, Perry, Penk, e Flannery, 1994; Frommberger et al., 1999; McSherry e Holm, 1994; Renemark e Hagberg, 1999; Schnyder, Buechi, Sensky, e Klaghofer, 2000).

Assim este estudo tem como objectivo principal reflectir sobre a importância do Sentido Interno de Coerência nas medidas de bem-estar, traduzidas aqui; mais especificamente em: Satisfação com a Vida, Afectividade Positiva/Negativa, Depressão e Percepção do Estado de Saúde. Nesta linha orientadora foram definidos ainda, alguns objectivos específicos:

- a) Conhecer as relações existentes entre o Sentido Interno de Coerência e outras medidas de avaliação do bem-estar: Bem-estar subjectivo (Satisfação com a Vida e Afectividade Positiva/Negativa), Depressão e Percepção do Estado de Saúde.
- b) Conhecer a importância das variáveis demográficas e outras medidas de avaliação do bem-estar no Sentido Interno de Coerência.
- c) Conhecer as relações existentes entre as componentes do Sentido Interno de Coerência e o Sentido Interno de Coerência no Global.

As hipóteses a investigar no decurso do presente estudo encontram a sua fundamentação na análise e conhecimentos fornecidos pela literatura especializada referida no segundo capítulo.

Tendo em conta o objectivo geral da investigação e as dimensões do estudo que nos propusemos analisar, formulamos as seguintes hipóteses operacionais:

- Hipótese 1 – Não existe diferenças significativas segundo o sexo e o estado civil, no valor global do Sentido Interno de Coerência.
- Hipótese 2 – Não existe diferenças significativas no valor de Sentido Interno de Coerência segundo a idade.
- Hipótese 3 – Existem diferenças significativas segundo a classificação social dos sujeitos (Categoria profissional, Habilitações académicas, Fontes de Rendimento; Conforto e Local do alojamento) no valor global do Sentido Interno de Coerência.
- Hipótese 4 – Existem diferenças significativas nos valores do Sentido Interno de Coerência segundo a percepção do estado de saúde.
- Hipótese 5 – Existe uma relação significativa inversa (negativa) entre o Sentido Interno de Coerência, a Depressão e o Afecto Negativo.
- Hipótese 6 – Existe uma relação significativa positiva entre a “Escala de Satisfação com a Vida” e a “Afectividade Positiva”.
- Hipótese 7 – As variáveis demográficas apresentam uma influência/peso menor do que as medidas de avaliação do bem-estar (Bem-estar subjectivo e Depressão) no Sentido Interno de Coerência.

Após a definição dos objectivos e hipóteses, passaremos a descrever, de forma sumária, a caracterização do grupo de estudo ou amostra.

III.2 - Método

III.2.1 - Amostra

O conjunto de sujeitos que constituem o alvo deste estudo foi seleccionado por duas Universidades Seniores de duas cidades próximas da zona de residência: a Academia de Cultura e Cooperação de Santa Maria da Feira ou Universidade Sénior de Santa Maria da Feira e a Associação de Cultura e Ensino de Espinho ou Universidade Sénior de Espinho. Apesar de a amostra inicial ser composta por 104 sujeitos, esta foi reduzida para 99 sujeitos após eliminar

os questionários que apresentavam um grande número de respostas omissas (superior a 50% dos itens totais).

A amostra final de sujeitos é constituída por 99 sujeitos, sendo 71 frequentadores da Universidade Sénior de Santa Maria da Feira e 28 frequentadores da Universidade Sénior de Espinho; com idades compreendidas entre os 48 e 85 anos ($M = 64,83$; $SP = 7.9$); pertencendo 48,4% à meia-idade ou “adultos maduros” (idades compreendidas entre 48-64 anos) e 51,6% pertencendo à última adultez ou “idosos” (idades compreendidas entre 65 – 85 anos).

Do ponto de vista da composição sexual, a amostra era constituída por indivíduos de ambos os sexos, num total de 99 sujeitos, dos quais 19 (19,2%) eram homens e 80 (80.8%) eram mulheres. Tendo em conta o estado civil, a maioria encontram-se “casados ou vivendo com pessoas significativas” (68%) e os restantes “sozinhos/viúvos/solteiros/divorciados ou separados” (32%).

O seu nível de instrução ou habilitações académicas são elevadas, já que 62,6% apresentam 12 ou mais anos de escolaridade e apenas 37,4% apresentam 12 ou menos anos de escolaridade.

Relativamente à profissão exercida no Presente/Passado, 70% pertence ao grupo 2 da Escala de Classificação Social de Graffar (Composto por administradores de empresas públicas/privadas, funcionários titulares de cargos de elevada responsabilidade e comerciantes); 25% ao grupo 3 da mesma escala (Composto pelos pequenos industriais/comerciantes, encarregados, operários qualificados, funcionários públicos/administrativos e secretárias); 2,5% ao grupo 1 (profissões liberais, professores universitários, directores de empresas/fábricas/bancos, executivos e oficiais das forças armadas); 1,3% ao grupo 4 (Operários semi-qualificados e empregados de comércio) e 1,3% ao grupo 5 (Mão-de-obra não qualificada, serventes de obras, pessoal de limpeza e trabalhadores rurais).

Tendo em conta o local de residência operacionalizado pela escala de classificação social de Graffar, 27,7% reside numa zona residencial elegante; 67% numa zona residencial boa e 5,3% reside na zona antiga da cidade.

No que respeita ao conforto do alojamento 67,3% reside em casa ou andar confortável; 19,4% em casa ou andar modesto; 11,2% reside em casa ou andar luxuoso e 2% em casa ou andar degradado.

No que respeita a sua saúde (avaliada de forma subjectiva através de uma questão com uma escala de avaliação de 4 pontos), 58,6% considera o seu estado de saúde Mau ou Razoável, enquanto 41,4% considera o seu estado de saúde Bom ou Muito Bom.

III.2.2 - Instrumentos e Medidas Utilizados

Atendendo aos objectivos deste estudo, à amostra sobre quem o mesmo incide e às condições de que dispunha para a sua realização, optou-se pela utilização de um inquérito de hetero-avaliação ou questionário.

Utilizamos o questionário como instrumento de investigação por nos parecer mais adequado a este tipo de estudo. O questionário foi construído especificamente para este estudo, tendo em conta os objectivos enunciados e com base na informação recolhida em consultas bibliográficas e estudos realizados anteriormente sobre o tema. Na base da construção do questionário estiveram cinco escalas elaboradas por outros investigadores e, consequentemente, traduzidas e testadas na população portuguesa, e ainda, alguns itens construídos para avaliarem características demográficas dos sujeitos.

O questionário é constituído por 96 itens que se dividem nas diferentes dimensões a estudar. O Quadro 3 apresenta as dimensões a estudar, os instrumentos utilizados e o número de itens avaliados em cada dimensão.

Para proceder ao estudo das variáveis sócio-demográficas foi organizado um questionário no qual se incluíram questões relativas à demografia dos sujeitos e que seriam úteis posteriormente à caracterização da amostra. Neste sentido foram construídos itens específicos que permitissem avaliar características demográficas como: Sexo, Idade e Estado Civil. Para completar a caracterização sócio-demográfica da amostra utilizou-se, ainda, a Escala de Classificação Social de Graffar.

Quadro 3

Dimensões, Instrumentos e itens que compõem o estudo

<i>Dimensão</i>	<i>Instrumentos</i>	<i>Nº de itens</i>
Características Demográficas (Sexo; Idade, Estado Civil e Profissão)	Questão fechada / variável binominal	Quatro
Classificação Social	Escala de Classificação Social de Graffar (1986)	Cinco
Satisfação com a Vida	Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985)	Cinco
Saúde	Questão fechada / variável ordinal com quatro categorias	Um
Afectividade Positiva / Afectividade Negativa	Escala de Avaliação do Afecto positivo e negativo ou PANAS (Watson et al., 1998)	Vinte e dois
Sentido Interno de Coerência	Questionário orientação para viver (Antonovsky, 1987)	Vinte e nove
Depressão	Escala Geriátrica de Depressão (Yesavage et al., 1982)	Trinta

As variáveis demográficas são variáveis de tipo métrico e ordinal e serão avaliadas por uma escala construída com itens específicos, de resposta directa, nos quais os idosos preencheram os campos de acordo com a resposta que melhor se adequar a situação presente.

Assim, a operacionalização da variável “sexo” é feita a partir da variável nominal dicotómica sexo, à qual os sujeitos deveriam responder de acordo com a sua condição: 1 - Sexo Masculino e 2 - Sexo Feminino.

A “idade” dos indivíduos será operacionalizada a partir da idade descrita pelos sujeitos, no campo do questionário designado para o efeito. Posteriormente, esta variável numérica/proporcional foi transformada numa variável ordinal final, com duas categorias: 1 - Adultos (48-64 anos) e 2 - Idosos (65 – 85 anos).

A variável “Estado Civil” será operacionalizada como uma variável ordinal com os seguintes agrupamentos: Casado ou vivendo com pessoas significativas; Solteiro ou Solteiro; Divorciado e Viúvo. Posteriormente esta variável será recodificada numa variável nominal dicotómica: Casados ou vivendo com pessoas significativas - 1 e Sozinhas - 2.

Para proceder à “classificação social dos sujeitos” envolvidos, utilizamos a Escala de Graffar destinada a calcular o estatuto sócio-económico das famílias

(adaptada por Amaro, 1990, in Palminha, 1993). Desta escala fazem parte cinco variáveis distintas: 1) Profissão dos sujeitos; 2) Nível de Instrução/ habilitações académicas; 3) Fonte principal dos rendimentos dos sujeitos; 4) Conforto/qualidade do alojamento e 5) Qualidade da zona de residência.

Relativamente a *profissão* exercida actualmente ou no passado pelos participantes seguimos a distribuição de acordo com a escala proposta por Graffar, (adaptada por Amaro, 1990, in Palminha, 1993).

Esta escala está dividida em cinco níveis de formação profissional:

Nível 1 – Composto por profissões liberais, professores universitários, directores de empresas/fábricas/bancos, executivos e oficiais das forças armadas.

Nível 2 – Composto por administradores de empresas públicas/privadas, funcionários titulares de cargos de elevada responsabilidade e comerciantes.

Nível 3 – Composto pelos pequenos industriais/comerciantes, encarregados, operários qualificados, funcionários públicos/administrativos e secretárias.

Nível 4 – Operários semi-qualificados e empregados de comércio.

Nível 5 – Mão-de-obra não qualificada, serventes de obras, pessoal de limpeza e trabalhadores rurais.

Quadro 4

Níveis de Instrução sugeridos por Graffar

<ul style="list-style-type: none"> · Curso Superior com duração de > 4 anos · Licenciatura · Mestrado · Doutoramento 	Ensino universitário
<ul style="list-style-type: none"> · Curso Superior Politécnico ou outro com duração < 3 anos · Bacharelato 	Ensino médio (10 a 11 anos de estudo)
<ul style="list-style-type: none"> · 12º Ano · Entre 9 e 12 anos de escolaridade 	Ensino médio (8 a 9 anos de estudo)
<ul style="list-style-type: none"> · Ensino Primário completo (Entre 4 a 9 anos de estudo) 	Ensino primário completo
<ul style="list-style-type: none"> · Ensino primário incompleto (menos de 4 anos) · Analfabeto 	Ensino primário incompleto ou nulo.

A variável *Habilitações Académicas* foi efectuado com base nos agrupamentos sugeridos por Graffar (1986), que distingue cinco níveis de Instrução: Ensino Universitário; Ensino Médio (10 a 11 anos de estudo); Ensino Médio (8 a 9 anos de estudo); Ensino Primário completo e Ensino Primário Incompleto ou nulo.

Relativamente à variável *“Fonte de Rendimento”* esta encontra-se estruturada numa variável ordinal com cinco respostas possíveis: 1) Heranças; 2) Rendimentos ou lucros de empresas e propriedades / Altos honorários / Lugares bem remunerados; 3) Vencimento mensal fixo; 4) Remunerações inferiores ao salário mínimo nacional / Pensionistas ou reformados / Vencimentos incertos, e 5) Subsídios de beneficência pública ou privada.

Quanto à variável *“Conforto no Alojamento”*, esta encontra-se estruturada numa variável ordinal com cinco níveis de respostas possíveis: 1) Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo o máximo de conforto; 2) Casa ou andar bastante espaçoso e confortável; 3) Casa ou andar modesto, em bom estado de conservação, com cozinha, casa de banho, e electrodomésticos essenciais; 4) Casa ou andar degradado, com cozinha e casa de banho - Categoria intermédia entre 3 e 5; 5) Alojamento impróprio para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto.

Relativamente à variável *“Qualidade da zona de residência”* esta encontra-se estruturada numa variável ordinal com cinco níveis de respostas possíveis: 1) Zona residencial elegante. Valor do terreno ou aluguer é elevado; 2) Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas; 3) Zona antiga/ Ruas comerciais ou estreitas, com casas de aspecto geral menos confortável; 4) Bairro social ou operário e 5) Bairro de lata.

De forma a permitir a avaliação do estatuto sócio-económico da população-alvo do estudo, foi integrado numa fase inicial do projecto um outro critério presente na classificação social de Graffar e que diz respeito ao valor dos rendimentos mensais dos idosos. Contudo, a pedido explícito das Instituições envolvidas no estudo, tal variável foi removida das variáveis sócio-demográficas, e, consequentemente do estudo.

Escala de Satisfação com a Vida

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a componente cognitiva do Bem-estar Subjectivo é Escala de Satisfação com a Vida, ou a ESV (Satisfac-

tion with life scale). Desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin em 1985, apresenta bons índices de fidelidade e de validade convergente e discriminante. Adaptada para a população portuguesa por Neto em 1990 e, posteriormente por Simões em 1992, a ESV revela boas qualidades psicométricas e uma estrutura unifactorial, que corresponde à dimensão cognitiva do bem-estar subjectivo.

Desenvolvida a partir de um conjunto de 48 itens, a Escala de Satisfação com a Vida é composta por cinco itens, que são avaliados pelos sujeitos de acordo com uma escala de sete pontos que vão desde o totalmente em desacordo (1) até ao totalmente de acordo (7). A possível amplitude dos escores do questionário oscila entre 5 (baixa satisfação) e 35 (alta satisfação).

Escala de Avaliação da Percepção do Estado de Saúde

A percepção do estado de saúde é um indicador de obtenção simples durante a realização de inquéritos. Indica uma auto-classificação global para a qual a pessoa considera, além de possíveis doenças de que seja portadora, o impacto que geram no bem-estar físico, mental e social. Alguns estudos, entretanto, apontam para o facto de a componente física ser a que influencia mais intensamente a autoavaliação (Ratner et al., 1998).

No questionário de avaliação utilizado para o estudo, a temática da avaliação da percepção que os idosos têm acerca da sua saúde é introduzida por uma única questão: Considera o seu estado de saúde.... tendo quatro possibilidades de resposta: *Mau, Razoável, Bom e Muito Bom*.

Com base nas respostas obtidas são analisadas as frequências absolutas e percentuais dos entrevistados, que avaliarão a sua própria saúde.

A opinião que cada pessoa tem do seu estado de saúde é um indicador recomendado pela OMS para a avaliação do estado de saúde das populações. Entre os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 1995/1996 e de 1998/1999, houve uma diminuição, embora pequena, da percentagem de pessoas que consideraram o seu estado de saúde “muito mau” ou “mau” e um ligeiro aumento da percentagem de pessoas que consideraram o seu estado de saúde como “bom”. Esta evolução verifica-se tanto para o sexo masculino, como para o feminino. A percentagem de pessoas que avaliaram o seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom” é superior nos homens, em ambos os INS, e em todos os grupos

etários. Também em ambos os sexos se pode notar um ligeiro aumento dos valores de 1995/96 para os de 1998/99. Por outro lado, as mulheres consideraram o seu estado de saúde como “mau” ou “muito mau” mais frequentemente do que os homens, podendo observar-se uma diminuição em ambos os sexos entre os dois INS. O comportamento da categoria “razoável” parece não ter variado de forma apreciável entre ambos os INS. A categoria “muito bom” não sofreu variação. A percentagem de pessoas que apreciaram o seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom” decresce ainda com a idade, em ambos os sexos, o que corresponde a uma percepção do estado de saúde como “mau” ou “muito mau” mais frequentemente pelos mais idosos. De referir, ainda, uma discriminação mais nítida entre os sexos a partir do grupo etário dos 45 aos 54 anos (Graça, 2001).

Escalas de avaliação do afecto Positivo/Negativas (PANAS)

Para proceder a avaliação da componente afectiva do Bem-estar Subjectivo recorreu-se às escalas de avaliação do afecto positivo e negativo ou PANAS (Positive and Negative Affect Schedule). Desenvolvidas por Watson, Clark e Tellegen em 1988 e aferidas à população portuguesa por Simões em 1993, avaliam o afecto positivo e negativo através de 11 itens cada uma, numa escala de tipo Likert em cinco pontos, que varia do muito pouco ou nada (1) até ao muitíssimo (5). Partindo de um conjunto de adjectivos positivos (Interessado, Estimulado, Forte, Entusiasmado, Orgulhoso, Atento, Inspirado, Decidido, Atencioso, Activo, e Emocionado) e negativos (Aflito, Aborrecido, Culpado, Assustado, Hostil, Irritado, Envergonhado, Nervoso, Agitado, Medroso, Magoado), é pedido aos sujeitos que refiram como se tem sentido na última semana, no que respeita ao conteúdo afectivo indicado. É feito o somatório dos escores obtidos para obter a medida de afectividade positiva (PA) e a medida de afectividade negativa (NA). Tal como é referido pelos autores, estas escalas mostram estar dotadas de uma elevada consistência interna, bem como uma boa estabilidade. Indicaram bons índices de consistência interna, bem como de validade discriminante e de construto.

Escala Geriátrica de Depressão

A Escala Geriátrica de Depressão – Geriatric Depression Scale (GDS) – traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), na

“Avaliação diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital S. João do Porto. Esta escala construída inicialmente por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, em 1982, é segundo os mesmos autores, o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objectivo de ser utilizado, especificamente, para pessoas idosas. Para além disso, elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais da velhice (Ballesteros, 1992 cit in Fernandes, 2000).

Trata-se de uma escala de hetero-avaliação, composta por vinte e oito itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana transada.

Como procedimento para a cotação da GDS, deve atender-se que os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21 e 27, devem ser pontuados negativamente; isto é uma resposta “Não” corresponde um ponto. Aos itens 2,3,4,6,8,10,11,12, 13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,e,28, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”.

Veríssimo (1998, cit in Fernandes, 2000) sugere que, para a quantificação dos resultados se proceda à seguinte classificação: valores de 0-10 pontos – idosos normais; pontuações iguais ou superiores a 11 são indicativas de depressão em severidade crescente; uma pontuação média de 23 é indicadora de idosos gravemente deprimidos.

No presente caso, para o estudo do Sentido Interno de Coerência e a sua relação com as variáveis em estudo, utilizámos os valores absolutos obtidos da quantificação das respostas na escala Geriátrica de Depressão para estatísticas correlacionais.

Escala de avaliação do Sentido Interno de Coerência

Tal como Antonovsky (1987) refere, o Sentido Interno de Coerência do indivíduo é uma orientação global que define a capacidade com a qual o indivíduo com um persistente e dinâmico sentimento de confiança encara (1) os estímulos emanados dos meios internos ou externos de uma existência como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão - Comprehensibility); (2) que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências

colocadas por esses estímulos (capacidade de gestão - maneability); e (3) que essas exigências são desafios capazes de catalisar o investimento e o empeno do indivíduo (capacidade de investimento - Meaningfulness).

Para proceder à avaliação do Sentido Interno de Coerência, Antonovsky desenvolveu o questionário orientação para viver, em inglês: *orientation to life questionnaire* (OLQ) – composto por 29 itens, exprimindo-se a resposta sobre um referencial semântico posicionado entre duas frases de referência, para medir o Sentido Interno de Coerência.

Da sua validação para o português (n= 643, Nunes, 1999) encontraram-se os seguintes resultados que reforçam a pertinência transcultural deste constructo:

- Elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de .83 a .90);
- Validade convergente com o Locus de Controlo Interno-Externo ($r = +.36$);
- Validade convergente com a avaliação subjectiva da saúde ($r = +.31$);
- Validade discriminante com o Teste de Ansiedade ($r = -.27$);
- Validade discriminante com o Isolamento ($r = -.45$);
- Validade discriminante com o traço de stress ($r = -.23$);
- Consistência e validade interna da escala em situações de re-teste ($r = .88$).

A pontuação de cada uma das sub - escalas obtém-se somando as pontuações dos itens respectivos, sendo os itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27 a inverterem. O valor do Sentido Interno de Coerência – SIC é o resultado da soma de todos os itens.

III.2.3 - Procedimento

Após o contacto precedente da investigadora com as Instituições e da posterior autorização da mesma para a recolha de dados, esta deslocou-se às instalações das Instituições, onde administrou o instrumento de avaliação aos sujeitos, durante as diferentes actividades de grupo decorridas na Instituição.

A técnica de aplicação escolhida foi a administração directa sendo o questionário entregue e recolhido pela entrevistadora.

A aplicação do instrumento de estudo aconteceu em duas condições diferentes, tendo em conta as exigências da Instituição. Assim sendo, na Universidade Sénior de Santa Maria da Feira, a aplicação do instrumento foi colectiva e

decorreu no âmbito das diferentes salas de aulas /actividades, no horário e data prevista pela Instituição.

Na Universidade Sénior de Espinho, a administração era colectiva estando os sujeitos organizados em grupos de aproximadamente 6 elementos, escolhidos aleatoriamente das diferentes salas de aulas. Estes sujeitos eram acolhidos num espaço cedido pela Instituição para o efeito. Este procedimento na nossa opinião, condicionou o número reduzido de questionários recolhidos nesta Instituição.

Em ambas Instituições, o questionário era lido e explicado em voz alta pela investigadora, procedendo numa segunda fase ao preenchimento autónomo por parte dos sujeitos. Em casos particulares, quando as pessoas têm um nível de instrução baixo, aconselha-se que a aplicação do instrumento seja feita em voz alta, individualmente, sendo os resultados anotados pelo investigador.

Antes de proceder à entrega dos questionários, foi explicado por parte da investigadora a necessidade, importância e objectivo geral do estudo bem como as tarefas a realizarem. Foi garantida também a condição de voluntariado e confidencialidade dos dados obtidos. Foi pedido que os sujeitos não assinassem os questionários, atribuindo a cada um deles um número de identificação.

Constituiu-se um único critério de exclusão ou de não participação todos aqueles sujeitos que apresentavam anomalia psíquica ou debilidade mental.

A aplicação e recolha dos questionários realizaram-se durante o mês de Julho de 2006, na sede da Instituições referidas anteriormente.

Estudo piloto / pré-teste

A submissão a pré-teste dos inquéritos ocorreu durante o mês de Junho de 2006 com os seguintes objectivos:

- Verificar a sua adequação;
- Detectar e corrigir os erros e as incoerências introduzidos pelo investigador;
- Medir o tempo de preenchimento dos suportes de recolha de informação;
- Ponderar e minimizar as dificuldades que se venham a revelar ao longo do processo de investigação.

Testado perante um conjunto de indivíduos excluídos da amostra (15 indivíduos), das mesmas instituições, verificou-se que, a tradução das questões usadas por Antonovsky, era adequada às características da população em questão.

Foram, entretanto, realizadas as correcções e alterações necessárias nas seguintes perguntas:

- Anulação do item 7 - rendimento mensal bruto – pertencente a escala de classificação social de Graffar e resultado de um pedido formal das Instituições que foram alvo do estudo.
- Reformulação do aspecto gráfico da V parte do questionário representado na horizontal.

Procedeu-se à análise estatística preliminar para identificar a possibilidade de trabalho. Testado o tempo de preenchimento, a compreensão, a pertinência, a unicidade e a receptividade das questões dos suportes de recolha de informação, torna-se possível avaliar se este processo se enquadra nos objectivos definidos pela presente investigação.

Relativamente à administração do questionário foram tidos em conta vários factores: participação, tempo dispendido no preenchimento e dúvidas ou dificuldades sentidas ao longo da administração.

Assim, pudemos constatar que os inquiridos reagiram de duas maneiras diferentes ao questionário; por um lado, a recusa peremptória sem manifestação de razão ou justificação e, por outro lado, a participação e boa receptividade da maioria dos inquiridos. Relativamente ao tempo dispendido no preenchimento do questionário, foi registado um tempo médio de 25 minutos para a totalidade do inquérito.

Quanto as dificuldades sentidas ao longo da administração do questionário, foi possível constatar que, na generalidade, a amostra não levantou dificuldades no seu preenchimento. As dúvidas sentidas durante a administração centraram-se na leitura e interpretação dos itens e a tradução das respostas nos diferentes pontos de Lickert das escalas.

III.2.4 - Análise estatística utilizada

A informação recolhida foi tratada numa base de dados e processada no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 14.0 para Windows. Cada item foi categorizado com códigos numéricos e/ou com as suas iniciais.

De forma geral, a análise estatística baseou-se na determinação dos valores de distribuição de frequências, tanto para valores absolutos e relativos, valores médios e desvio padrão. Foram também aplicados testes estatísticos inferenciais para a análise de diferenças ou homogeneidade da população em estudo.

No entanto, antes da análise estatística objectiva, procedeu-se em primeiro lugar a análise preliminar dos dados, nomeadamente dos valores omissos. Neste sentido, numa primeira abordagem foram eliminados todos os questionários que apresentavam mais de 50% dos itens não respondidos, reduzindo o número de questionários de 104 para 99.

Numa segunda abordagem e tendo em conta os valores omissos ainda presentes nos questionários, procedeu-se à substituição destes pela média da variável respectiva, quando tal era exequível.

Feita a análise preliminar dos dados, procedeu-se à determinação dos valores de distribuição de frequência em valores absolutos e relativos de algumas variáveis, fazendo a recodificação posterior das mesmas. É o caso da variável *idade* (de variável métrica para variável ordinal com duas categorias); da variável *estado civil* (que mantém a condição de variável ordinal, mas passa de quatro categorias para duas); da variável *habilitações académicas* (que mantém a condição de variável ordinal, mas assume duas categorias, em vez dos cinco níveis iniciais); e da variável *percepção do estado de saúde* (que assume inicialmente quatro categorias e passa a conter duas categorias).

Para além de recodificar algumas variáveis procedeu-se também à inversão dos dados de algumas escalas, nomeadamente, o Questionário de Orientação para Viver (QOV) e a Escala Geriátrica de Depressão.

Antes de entrar na análise estatística inferencial e correlacional, procedeu-se à avaliação dos índices de validade das diferentes escalas envolvidas no estudo, determinando o valor de consistência interna Alpha de Cronbach;

bem como a análise factorial da escala de avaliação do Sentido Interno de Coerência.

Dentro dos testes estatísticos inferenciais, procedeu-se, ainda, à análise de diferenças de médias, através da determinação do valor de T de Student, no caso das variáveis ordinais e que corresponde à generalidade das variáveis demográficas e à variável *“Percepção do Estado de Saúde”*. No caso das variáveis numéricas procedeu-se, após análise descritiva e a análise correlacional, a determinação do coeficiente de correlação de Pearson.

Para concluir e com o intuito de reflectir acerca da importância das variáveis demográficas e das medidas de bem-estar nos valores de Sentido Interno de Coerência, procedeu-se à operacionalização da regressão linear simples.

III.3 - Apresentação e discussão dos resultados

Constitui um dos objectivos do estudo proceder à sua apresentação de acordo com a metodologia prevista, podendo efectuar-se uma reflexão sobre os resultados obtidos.

III.3.1 - Caracterização da amostra (Estatística descritiva de variáveis demográficas)

Número de sujeitos

O conjunto de sujeitos que constituem o alvo deste estudo foi seleccionado por duas Universidades Seniores de duas cidades próximas da zona de residência: a Academia de Cultura e Cooperação de Santa Maria da Feira ou Universidade Sénior de Santa Maria da Feira e a Associação de Cultura e Ensino de Espinho ou Universidade Sénior de Espinho. Apesar de a amostra inicial ser composta por 104 sujeitos, esta foi reduzida para 99 sujeitos após eliminar os questionários que apresentavam um grande número de respostas omissas (superior a 50% dos itens totais).

Idade

A amostra final de sujeitos é constituída por 99 sujeitos, sendo 71 frequentadores da Universidade Sénior de Santa Maria da Feira e 28 frequentadores da Universidade Sénior de Espinho; com idades compreendidas entre os 48

e 85 anos ($M = 64,83$; $SP = 7.9$); pertencendo 48,4% à meia-idade ou “adultos maduros” (idades compreendidas entre 48-64 anos) e 51,6% pertencendo à última adultez ou “idosos” (idades compreendidas entre 65 – 85 anos).

Sexo

Do ponto de vista da composição sexual, a amostra era constituída por indivíduos de ambos os sexos, num total de 99 sujeitos, dos quais 19 (19,2%) eram homens e 80 (80.8%) eram mulheres. Tendo em conta o estado civil, a maioria encontram-se “casados ou vivendo com pessoas significativas” (68%) e os restantes “sozinhos/viúvos/solteiros/divorciados ou separados” (32%).

Habilitações Académicas

O seu nível de instrução ou habilitações académicas são elevadas, já que 62,6% apresentam 12 ou mais anos de escolaridade e apenas 37,4% apresentam 12 ou menos anos de escolaridade.

Fonte de Rendimento

Tal como podemos constatar pela leitura do quadro 5, 60,2% da amostra são pensionistas ou reformados, enquanto que 36,7% auferem um rendimento mensal fixo, resultado de uma actividade remunerada. Destacam-se ainda, 3,1% que auferem altos honorários ou lugares bem remunerados.

Percepção do Estado de Saúde

No que respeita à sua saúde, 58,6% consideram o seu estado de saúde mau ou razoável, enquanto 41,4% consideram o seu estado de saúde bom ou muito bom.

Grupo Profissional

Relativamente à profissão exercida no Presente/Passado, 70% pertence ao grupo 2 da Escala de Classificação Social de Graffar (Composto por administradores de empresas públicas/privadas, funcionários titulares de cargos de elevada responsabilidade e comerciantes); 25% ao grupo 3 da mesma escala (Composto pelos pequenos industriais/comerciantes, encarregados, operários qualificados,

funcionários públicos/administrativos e secretárias); 2,5% ao grupo 1 (profissões liberais, professores universitários, directores de empresas/fábricas/bancos, executivos e oficiais das forças armadas); 1,3% ao grupo 4 (Operários semi-qualificados e empregados de comércio) e 1,3% ao grupo 5 (Mão-de-obra não qualificada, serventes de obras, pessoal de limpeza e trabalhadores rurais).

Quadro 5

Estatísticas descritivas de variáveis demográficas

<i>Variáveis</i>	<i>n /%</i>
<i>Idade</i>	
Adultos Maduros	45(48,6)
Idosos	58 (51,6)
<i>Sexo</i>	
Masculino	19 (19,2)
Feminino	80 (80,2)
<i>Estado Civil</i>	
Casados ou vivendo com pessoas significativas	66 (68)
Sozinhas	31 (32)
<i>Habilitações académicas</i>	
<12 Anos	37 (37,4)
>12 Anos	62 (62,6)
<i>Fonte de Rendimento</i>	
Altos honorários/lugares bem remunerados	3 (3,1)
Vencimento mensal fixo	36 (36,7)
Pensionistas/reformados	59 (60,2)
<i>Percepção do estado de saúde</i>	
Mau ou Razoável	58 (58,6)
Bom ou Muito Bom	41 (41,4)
<i>Profissão</i>	
Grupo 1	2 (2,5)
Grupo 2	56 (70)
Grupo 3	20 (25)
Grupo 4	1 (1,3)
Grupo 5	1 (1,3)
<i>Local de Residência</i>	
Zona residencial elegante	26 (27,7)
Bairro residencial bom	63 (67)
Zona antiga	5 (5,3)
<i>Conforto do Alojamento</i>	
Casa ou andar luxuoso	11 (11,2)
Casa ou andar confortável	66 (67,3)
Casa ou andar modesto	19 (19,4)
Casa ou andar degradado	2 (2,0)

Local de Residência

Tendo em conta o local de residência operacionalizado pela escala de classificação social de Graffar, 27,7% reside numa zona residencial elegante; 67% numa zona residencial boa e 5,3% reside na zona antiga da cidade.

Conforto do Alojamento

No que respeita ao conforto do alojamento 67,3% reside em casa ou andar confortável; 19,4% em casa ou andar modesto; 11,2% reside em casa ou andar luxuoso e 2% em casa ou andar degradado.

III.3.2 Estatística descritiva de variáveis contínuas

O quadro 6 apresenta as estatísticas descritivas das variáveis contínuas do estudo.

Idade

Relativamente à variável idade, podemos verificar que se trata de uma amostra com uma considerável dispersão ($SP = 7,9$) e um campo de variação que se estende dos 48 aos 85 anos. O eSICre médio da idade é de 64,83.

Sentido Interno de Coerência

Para irmos de encontro àquilo que nos propusemos neste estudo, é-nos fundamental avaliar o Sentido Interno de Coerência nesta amostra de idosos. Pela análise do quadro 6 podemos retirar conclusões importantes para a situação de estudo.

Relativamente ao questionário de orientação para viver, que avalia a dimensão Sentido Interno de Coerência (SIC), podemos verificar que o escore médio é de 130,64, com um desvio padrão de 22,14 e uma amplitude que varia entre os 87 e 177, apresentando um valor inferior à média da escala (mediana = 131). Tais valores são comparáveis aos obtidos na revisão sistemática acerca deste construto realizado por Eriksson e Lindstrom (2005) e que variam entre 100,50 ($SP 28,50$) e 164,50 ($SP 17,10$).

Mantendo um olhar atento sobre as estatísticas apresentadas no quadro 6, a análise das diferentes componentes do Sentido Interno de Coerência

parece-nos complementar a observação deste factor na amostra em estudo. De facto, e embora cada componente não tenha sentido prático de forma isolada (Nunes, 1999), a verdade é que o autor original (Antonovsky, 1987) confere diferentes centralidades a cada um. O autor defende que o componente – capacidade de investimento (CI_{mea}) é crucial e mais importantes que os outros. Existir um elevado grau nos outros componentes parece ser uma situação temporária.

Nesta perspectiva, a CI_{mea} apresenta uma média de 39,28, numa escala que varia entre 20 e 56, ou seja um valor ligeiramente inferior à média da escala (mediana = 39). Tal valor situa esta componente no último lugar, em termos de grau de importância.

A componente capacidade de gestão (CG_{ma}) parece vir, em primeiro lugar, em termos de importância. Assim, a CG_{ma} apresenta uma média de 46,72, numa escala que varia entre os 32 e os 65,31, ou seja um valor ligeiramente inferior à média da escala (mediana = 48)

A componente capacidade de compreensão (C_{com}) aparece em segundo lugar, em termos de importância. Assim, a C_{com} mostra uma média de 44,64; numa escala que varia entre 20,91 e 63, ou seja um valor ligeiramente inferior à média da escala (mediana = 45).

Sintetizando a análise estatística do Sentido Interno de Coerência, podemos concluir que este apresenta valores tendencialmente negativos. Em relação às suas componentes, podemos afirmar que a componente mais cotada foi a CG_{ma}, seguindo-se a componente C_{com} e a componente CI_{mea}.

A CG_{ma} é vista como a medida em que a pessoa percebe que existem recursos adequados para fazer face à adversidade ou aos estímulos que o bombardeiam. O resultado positivo desta componente deixa antever uma boa capacidade para mobilizar recursos na resolução da situação de velhice, por parte dos idosos questionados.

A CI_{mea} é vista como o elemento motivacional e referindo-se à extensão em que a pessoa sente que a sua vida faz sentido, não apenas a nível cognitivo como também emocional. Os valores baixos relativos a esta componente deixam prever dificuldades por parte dos elementos da amostra em darem sentido à sua experiência de viver na velhice.

A Ccom aparece com valores relativamente positivos, sendo esta componente que avalia a medida em que a pessoa percebe o estímulo como desordenado, caótico, aleatório, accidental e inexplicável. Uma pessoa com grau elevado nesta componente espera que os estímulos futuros sejam previsíveis ou pelo menos, tenham ordem e sejam explicáveis. A tendência dos indivíduos que fazem parte da amostra será então, de olhar a sua situação de velhice como algo natural, previsível e explicável.

Quadro 6

Estatísticas descritivas da Escala de Satisfação com a Vida, Escala Geriátrica de Depressão; Escala de avaliação do Sentido Interno de Coerência (e suas componentes) e Escala de avaliação Positiva – Negativa do Bem-estar Subjectivo

<i>Variável/escala</i>	<i>n</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Md</i>	<i>M</i>	<i>SP</i>
Idade	99	48	85	65	64,83	7,9
Satisfação com a vida	99	6,00	31,00	18	18,33	5,25
Depressão	99	1,00	28,00	8,14	9,24	5,57
Sentido interno de coerência	99	87,00	177,00	131	130,64	22,14
Compreensão (Ccom)	99	20,91	63,00	45	44,64	8,69
Gestão (CGma)	99	32,00	65,31	48	46,72	8,33
Investimento (CImea)	99	20,00	56,00	39	39,28	8,27
Afectividade positiva (PA)	99	11,00	50,00	32,3	32,87	7,16
Afectividade negativa (NA)	99	11,00	46,00	20	21,14	6,19

Escala de Satisfação com a Vida

O score médio da Escala de satisfação com a Vida (ESV) foi de 18,33, com um Desvio Padrão igual a 5,25 e uma amplitude que varia entre os 6 e os 31. Este valor apresenta-se ligeiramente inferior aos valores apresentados por Diener et al (1985) para pessoas idosas ($M= 25,8$). Contudo, se atendermos aos valores obtidos no estudo de Simões et al. (2000) e no qual se avalia uma população idosa portuguesa, o valor médio do nosso estudo situa-se acima do valor referenciado por Simões ($M 15,62$; $SP 5.03$).

Escala Geriátrica da Depressão

No que respeita a Escala Geriatria da Depressão (GDS), podemos verificar que apresenta um valor médio de 9,24 e um desvio padrão de 5,57, com uma amplitude entre 1 e 28. Tais valores aproximam-se aos obtidos na construção original da escala por Yesavage e Brink (1983).

Escala de Afectividade Negativa e Escala de Afectividade Positiva

Relativamente a escala de afectividade negativa e positiva, utilizada frequentemente na avaliação da componente afectiva do Bem-estar subjectivo, podemos verificar que a escala positiva (PA) apresenta um valor médio de 32,87 (*SP* 7,16 e amplitude de 11 a 50). Por sua vez, a escala negativa (NA) apresenta um valor médio de 21,14 (*SP* 6,19 e amplitude de 11 a 46). Tendo em conta os valores obtidos nas mesmas escalas para a população idosa, no estudo realizado por Simões et al (2000), podemos verificar que o valor de afectividade positiva encontra-se ligeiramente superior ao valor obtido no estudo de referência (PA= 32,52) e que o valor de afectividade negativa se encontra ligeiramente inferior ao valor obtido no mesmo estudo (NA= 26,75). Todavia, relativamente a estas escalas podemos verificar que, se obtêm pontuações acima do meio da escala de valores possíveis, que varia entre 5 e 55.

III.3.3 - Análise Factorial e Concistência Interna do SIC

O objectivo geral do estudo da validade do instrumento resume-se à necessidade de avaliar até que ponto esse instrumento mede de facto o que se pretende medir (Carmines, 1979).

Para testar a consistência interna do Questionário de Orientação para Viver (QOV), utilizou-se o coeficiente α C (Cronbach, 1971). Este coeficiente analisa as correlações item-teste para cada item. Quanto maior for valor de α (que varia entre 0 e 1), maior confiança pode ser atribuída ao instrumento. Um baixo α implica uma grande variabilidade das respostas, colocando em dúvida a unidimensionalidade do instrumento.

Normalmente associado ao estudo da estrutura factorial surge o estudo da consistência interna. Em escalas com várias dimensões, devem ser calcula-

dos os coeficientes de cada dimensão, pois, caso contrário, o coeficiente geral da escala seria baixo.

O quadro 7 apresenta os valores de consistência interna para as diferentes escalas utilizadas no estudo. Na generalidade podemos verificar que as escalas apresentaram altos índices de consistência interna que oscilam entre 0.71 e 0.89.

Relativamente ao questionário de orientação para viver (QOV) podemos verificar que a escala tem consistência interna, apresentando um α de Cronbach elevado e significativo (0.89). Tendo em conta as componentes do SIC podemos verificar que os valores de consistência interna de cada sub-escala variam entre os 0,71 e 0,79, o que confirma a pouca variabilidade de cada componente. Assim, estes dados corroboram o pressuposto de que o questionário de orientação para viver deve ser considerado como um único instrumento que, ao apresentar uma baixa variabilidade, sustenta a unidimensionalidade da escala QOV.

Quadro 7

Valores de Consistência Interna para as diferentes escalas

<i>Variável/Escala</i>	<i>α</i>
Sentido interno de coerência	.89
compreensão	.71
investimento	.79
gestão	.74
Escala de satisfação com a vida	.80
Escala geriatria de depressão	.86
PA	.86
NA	.82

A análise da estrutura factorial visa propósitos heurísticos. De acordo com Anotnovsky, não é consistente a aplicação da análise factorial à escala QOV. O pressuposto da unidimensionalidade da escala de QOV baseia-se exclusivamente nos valores de coeficiente α de Cronbach, que ao apresentarem valores elevados nas suas diversas componentes sugerem a unidimensionalidade da escala.

Este mesmo pressuposto foi utilizado na aferição portuguesa da escala de QOV. A aferição do questionário, realizado por Nunes (1999), utilizando uma amostra nacional e uma análise factorial sugere que não existem factores significativos e separados, que possam ser identificados com a versão original de referência em estudo (Antonovsky, 1993).

Quadro 8

Correlações item-score total dos itens da Escala de Avaliação do Sentido Interno de Coerência

<i>Item</i>	<i>Correlações item-score total</i>
1	.54
2	.42
3	.52
4	.30
5	.04
6	.15
7	.49
8	.41
9	.45
10	.13
11	.59
12	.49
13	.42
14	.42
15	.41
16	.55
17	.23
18	.56
19	.66
20	.37
21	.44
22	.68
23	.40
24	.88
25	.54
26	.08
27	.43
28	.61
29	.61

Contudo, na amostra em estudo e após análise factorial por rotação Varimax podemos verificar que a análise apresenta um conjunto de nove factores que explicam aproximadamente 72,40% da variância. A análise factorial

contendo apenas um único factor aponta para um valor de 26,89%, sendo este um valor muito inferior e diferente ao sugerido por outros estudos.⁵

III.3.4 - Estatística inferencial

Após o estudo da fidelidade e validade da escala QOV, importa ponderar o peso que as variáveis demográficas possam ter no valor de SIC dos indivíduos em estudo.

Podemos verificar, através do Quadro 9 que o valor médio das respostas dos homens é de 140,38, estando este valor acima da média da escala ou mediana (130). As respostas das mulheres, por sua vez, apresentam um valor médio de 128,32, o que situa este valor abaixo da média da escala ou mediana. Deste modo, as duas amostras apresentam uma distribuição com concentração diferente em torno da mediana, com níveis de SIC algo distintos, sendo o valor médio das respostas dos homens mais elevado que o das mulheres.

Estes dados aproximam-se aos apresentados por Nunes (1999) e nos quais, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, os homens apresentavam valores mais elevados do que as mulheres.

Pela aplicação do teste t de Student com o valor de 2,18 e p de 0,032 ($< 0,05$), concluímos existirem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do sexo masculino e feminino.

Tendo em conta a Hipótese 1 deste estudo, podemos verificar que esta se vê **confirmada** parcialmente, na medida em que são encontradas diferenças significativas no valor de Sentido Interno de Coerência tendo em conta o género dos sujeitos.

5 Pottie (1990) ao analisar a estrutura factorial da escala numa amostra de 297 alunos flamengos, identificou a inclusão de todo os itens SIC no primeiro factor à excepção dos itens 10 e 17. O valor próprio deste factor é de 7.06, concluindo a autora que o questionário SIC é um instrumento com elevada consistência interna para medir o SIC como um construto global, na qual algumas nuances são identificáveis. Por sua vez, no estudo desenvolvido por Coe (1990), com 189 veteranos de guerra dos EUA, uma análise de componentes produziu um factor verdadeiro de valor próprio 12.45, explicando 42,9% da variância. Emergiram vários factores separados distribuindo-se os itens das componentes da escala por esses factores.

Quadro 9

Análise comparativa do Sentido Interno de Coerência com base no sexo

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Sentido interno de coerência</i>
Sexo		t = 2,18 sig .03*
Masculino	19	140,38
Feminino	80	128,32

Nota: *p < .05

Quanto à variável estado civil, podemos constatar que o grupo de estudo foi dividido em dois sub-grupos: “Casados ou vivendo com pessoas significativas” (n = 66) e “Sozinhas” (n = 31). Desta análise podemos constatar que estas amostras apresentam uma distribuição com uma concentração ligeiramente diferente em torno da mediana e níveis de SIC não muito distintos, embora o valor médio do SIC do grupo “Sozinhas” esteja acima do valor médio do SIC do grupo “Casados ou vivendo com pessoas significativas”.

Pela aplicação do teste t de Student com o valor de 0,58 e p de 0,57 (> 0,05), concluímos não existirem diferenças entre as médias do grupo “Casados ou vivendo com pessoas significativas” e do grupo “Sozinhas”.

Remetendo para a Hipótese 1 do estudo e em simultâneo para a variável “estado civil”, podemos constatar que esta **não se encontra confirmada**, uma vez que não existem diferenças significativas nos valores de Sentido Interno de Coerência.

Quadro 10

Análise comparativa do Sentido Interno de Coerência com base no estado civil

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Sentido interno de coerência</i>
<i>Estado civil</i>		t = .58 sig .57
Casados ou vivendo com pessoas significativas	66	129,75
Sozinhas	31	132,56

Quanto a *percepção do estado de saúde* dos idosos, podemos verificar que o grupo foi dividido em dois subgrupos diferentes: os que consideram o seu estado de saúde como sendo “Mau ou Razoável” ($n = 58$) e os que consideram o seu estado de saúde como “Bom ou Muito Bom” ($n = 41$). Pela leitura do quadro 11, podemos verificar que os indivíduos que percebem o seu estado de saúde como sendo “Mau ou Razoável” apresentam valores médios (126,92) inferiores à mediana, assim como valores médios inferiores quando comparados com o grupo de indivíduos que percebem o seu estado de saúde como “Bom ou Muito Bom” (135, 89) .

Pela aplicação do teste t de Student com o valor de $-2,01$ e p de $0,046$ ($< 0,05$), concluímos existirem diferenças significativas entre os indivíduos que consideram o seu estado de saúde como sendo “Mau ou Razoável” e os indivíduos que consideram o seu estado de saúde como sendo “Bom ou Muito Bom”. Estes resultados **confirmam** a Hipótese 4 do estudo, que sugere a existência de diferenças significativas nos valores do Sentido Interno de Coerência segundo a percepção do estado de saúde.

Quadro 11

Análise comparativa do Sentido Interno de Coerência com base na percepção do estado de saúde

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Sentido interno de coerência</i>
<i>Percepção do estado de saúde</i>		$t = -2,01$ sig .04*
Mau ou razoável	58	126,92
Bom ou muito bom	41	135,89

Nota: *p < .05

A leitura do quadro 12 permite constatar que os valores de Sentido Interno de Coerência não são diferentes entre os grupos etários diferentes; o que nos permite **confirmar** a Hipótese 2 – Não existem diferenças significativas no valor de Sentido Interno de Coerência segundo a idade. Explorando mais cuidadosamente os dois grupos amostrais e seus valores médios de Sentido Interno de Coerência, podemos constatar que situam-se abaixo da média da escala, mas

não diferem muito entre si. Os Adultos Maduros apresentam um valor médio de 130,85, enquanto que os Idosos apresentam um valor médio de 130,57.

Quadro 12

Análise comparativa do Sentido Interno de Coerência com base na idade

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Sentido interno de coerência</i>
<i>Idade</i>		t = .06 sig .95
Adultos maduros	45	130,85
Idosos	48	130,57

Um dos estudos mais importantes desenvolvido nesta área é o de Lundberg (1993 cit in Nunes 1999). Após a administração da escala a 3949 pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos, Lundberg reparou que existia uma relação directa e significativa entre um baixo Sentido Interno de Coerência e uma posição inferior na estratificação social. De facto, foi esta preposição que conduziu a elaboração da Hipótese 3 deste trabalho e que sugere a existência de diferenças significativas segundo a classificação social dos sujeitos, mais especificamente, quando são analisadas as variáveis: categoria profissional, habilitações académicas, Fontes de Rendimento; Conforto e Local do alojamento.

Se tivermos em conta a variável *habilitações académicas*, esta encontra-se subdividida em duas amostras diferentes. O grupo dos indivíduos que apresentam habilitações académicas superiores a 12 anos ($n = 62$) e os que apresentam habilitações académicas inferiores a 12 anos ($n = 37$). Da análise feita pela leitura do quadro 13, podemos verificar uma distribuição com concentração ligeiramente diferente em torno da mediana, com níveis de SIC não muito distintos, embora o valor médio do SIC do grupo de indivíduos com habilitações académicas inferior a 12 anos apresentem um valor médio de SIC (132,12) ligeiramente elevado, comparativamente ao valor médio de SIC do grupo de indivíduos com habilitações académicas superior a 12 anos (129,75).

A aplicação do teste t de Student com o valor de -0,51 e p de 0,61 ($> 0,05$) aponta para a não existência de diferenças significativas entre ambos os grupos.

Quadro 13

Análise comparativa do Sentido Interno de Coerência com base nas habilitações académicas

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Sentido interno de coerência</i>
<i>Habilitações académicas</i>		t = - .51 sig .61
<12 Anos	37	132,12
>12 Anos	62	129,75

Tal como foi referido anteriormente, relativamente à *profissão* exercida actualmente ou no passado pelos participantes seguimos a distribuição de acordo com a escala proposta por Graffar, (adaptada por Amaro, 1990, in Palminha, 1993). Neste sentido, pode verificar-se que os vários grupos profissionais apresentam valores próximos à mediana, com excepção do grupo profissional 3 (composto pelos pequenos industriais/comerciantes, encarregados, operários qualificados, funcionários públicos/administrativos e secretárias) e 4 (composto pelos Operários semi-qualificados e empregados de comércio); que apresentam valores médios inferiores à média da escala (129,39 e 99; respectivamente). O grupo 5 (composto por operários com mão-de-obra não qualificada, serventes de obras, pessoal de limpeza e trabalhadores rurais) apresenta o valor médio mais elevado (146,64).

Apesar da dispersão dos valores médios existente entre os diferentes grupos profissionais, a aplicação do teste t de Student, sugere um valor de t de 0,65 e p de 0,63 ($> 0,05$), pelo qual se conclui que não existem diferenças significativas entre os indivíduos pertencentes aos diferentes grupos profissionais.

Quadro 14

Análise comparativa do Sentido Interno de Coerência com base no grupo profissional

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Sentido interno de coerência</i>
<i>Profissão</i>		F = .65 sig .63
Grupo 1	2	130
Grupo 2	56	131,83
Grupo 3	20	129,39
Grupo 4	1	99,00
Grupo 5	1	146,64

Relativamente à variável *Fontes de Rendimento*, podemos verificar que os indivíduos cujo rendimento depende dos altos honorários ou funções bem remuneradas apresentam valores mais elevados de SIC (138,42), colocando-se este valor ligeiramente acima do valor médio da escala. O segundo lugar é ocupado pelos indivíduos cujo vencimento depende de um vencimento mensal fixo, que apresenta um valor ligeiramente acima do valor da mediana (135,41), mas ligeiramente abaixo dos indivíduos que cujo rendimento depende dos altos honorários ou funções bem remuneradas. O último lugar é ocupado pelos indivíduos pensionistas ou reformados que apresentam valores médios inferiores à média da escala (127,40).

Aplicando o teste t de Student (que sugere um valor t de 1,66 e p 0,19), podemos verificar que não existem diferenças significativas entre indivíduos com diferentes fontes de rendimento.

Quadro 15

Análise comparativa do Sentido Interno de Coerência com base nas fontes de rendimento

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Sentido interno de coerência</i>
<i>Fonte de Rendimento</i>		F = 1,66 sig .19
Altos honorários/ lugares bem remunerados	3	138,42
Vencimento mensal fixo	36	135,41
Pensionistas/ reformados	59	127,40

Tendo em conta a variável *Local de Residência*, podemos constatar que os diferentes grupos apresentam uma distribuição com concentração ligeiramente diferente em torno da mediana, com níveis de SIC não muito distintos, embora o valor médio do SIC do grupo que habita em zona residencial elegante (139,45) apresente um valor médio superior aos grupos que habitam em zona residencial boa (126,97) ou antiga da cidade (108,29). Pela leitura do quadro 16, podemos verificar, ainda, que o grupo que habita em zona residencial elegante apresenta um valor médio superior ao valor médio da escala, ao contrario dos grupos que residem em zona residencial boa ou antiga da cidade e que apresentam valores médios inferiores à média da escala.

Apesar da dispersão dos valores médios existente entre os diferentes grupos, a aplicação do teste t de Student, sugere um valor de t de 6,72 e p de 0,00, pelo qual se conclui que existem diferenças significativas entre os indivíduos.

Quadro 16

Análise comparativa do Sentido Interno de Coerência com base no local de residência

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Sentido interno de coerência</i>
<i>Local de Residência</i>		F = 6,72 sig .00
Zona residencial elegante	26	139,45
Bairro residencial bom	63	126,97
Zona antiga	5	108,29

Tendo em conta a variável *Conforto do Alojamento*, podemos verificar que os diferentes grupos apresentam uma distribuição com concentração ligeiramente diferente em torno da mediana, com valores que sugerem pela aplicação do teste t de Student, a existência de diferenças significativas entre os indivíduos com diferentes níveis no conforto do alojamento. O grupo que apresenta um valor médio de Sentido Interno de Coerência mais elevado é o grupo que reside em “casa ou andar luxuoso ou confortável” (140,57); seguido pelos que residem em “casa ou andar modesto ou degradado” (119,44).

Quadro 17

Análise comparativa do Sentido Interno de Coerência com base no conforto de alojamento

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Sentido interno de coerência</i>
<i>Conforto do alojamento</i>		F = 6,97 sig .00
Casa ou andar luxuoso ou confortável	77	140,57
Casa ou andar modesto ou degradado	21	119,44

Tal como foi apresentado anteriormente, os resultados das variáveis pertencentes à escala de classificação social de Graffar, sugerem que os factores associados ao contexto cultural e social, assim como as experiências de vida exercem influência no Sentido Interno de Coerência dos indivíduos idosos.

Contudo, os resultados obtidos pelos itens da dita escala, administrada à amostra em estudo sugerem não existir diferenças significativas quando são tidos em conta as seguintes variáveis: Habilitações Académicas, Profissão, Fontes de Rendimento, Local de Residência e Conforto do Alojamento; desta forma verificamos que a Hipótese 2 **não é confirmada** para a população em estudo.

III.3.5 Estatística Correlacional

Tendo por base um dos objectivos de estudo - conhecer as relações existentes entre o Sentido Interno de Coerência, a idade, outras medidas de avaliação do bem-estar: Bem-estar subjectivo (Satisfação com a Vida e Afectividade Positiva/Negativa) e a Depressão - procedeu-se a aplicação de testes de significância estatística.

A matriz de correlações de Pearson para o Sentido Interno de Coerência e as restantes medidas de avaliação do bem-estar encontra-se resumida no quadro 18.

Pela análise dos resultados apresentados, constatamos que existe uma correlação negativa e significativa ($p < 0,01$) entre o SIC e a Depressão, assim

como entre o SIC e a escala negativa de afectividade - NA. Desta forma vemos aqui **confirmada a Hipótese 5** e que apontava para a existência de uma relação significativa inversa (negativa) entre o Sentido Interno de Coerência, a Depressão e o Afecto Negativo.

Por outro lado, podemos verificar que existe uma relação positiva e significativa ($p < 0,01$) entre o SIC e a escala positiva de afectividade – PA. Relativamente as variáveis “percepção do estado de saúde” e “satisfação com a vida”, podemos verificar que estas apresentam uma relação positiva, contudo não significativa. Desta forma, e remetendo à análise a **Hipótese 6** – Existe uma relação significativa positiva entre a Escala de Satisfação com a Vida e a Afectividade Positiva – podemos verificar que esta hipótese está **parcialmente confirmada** no que confere à variável “escala positiva da afectividade”; não se confirmando, por sua vez, no que confere à variável “Satisfação com a Vida”.

Quadro 18

Correlações entre o Sentido Interno de Coerência e as restantes escalas de avaliação do bem-estar

	Idade	SWLS	GDS	SIC	PA	NA
Idade	1					
SWLS	.14	1				
GDS	.08	.07	1			
SIC	.047	.05	-.29(**)	1		
PA	-.21 (*)	.12	-.29(**)	.48(**)	1	
NA	-.07	-.009	.27(**)	-.49(**)	-.01	1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

As mesmas correlações encontram-se na mesma perspectiva, quando as componentes do Sentido Interno de Coerência são analisadas em separado (Quadro 19). Assim, para as componentes Compreensão (CCom); Gestão (Cgma) e Investimento (Cimea) existe uma correlação negativa e significativa entre ($p < 0,01$) a Depressão e a escala negativa de afectividade – NA; enquanto que existe uma correlação positiva significativa ($p < 0,01$) entre as componentes do SIC e a escala positiva de afectividade – PA.

Tal como era esperado, é possível verificar que as componentes do Sentido Interno de Coerência encontram-se significativamente relacionadas com o

SIC no global. Assim, as correlações significativas ($p < 0,01$) correspondem, a 0,86; 0,89 e 0,87, para as componentes compreensão; gestão e investimento, respectivamente. Estes valores situam-se, na sua generalidade, acima dos valores sugeridos por Gana (2001), que correspondem a 0,71, 0,79 e 0,84, para as componentes referidas anteriormente.

Quadro 19

Correlações entre as componentes Sentido Interno de Coerência e as restantes escalas de avaliação do bem-estar

	SIC	CCom	CGma	Clmea
Idade	.47	.06	.11	-.04
SWLS	.05	.11	.02	-.01
GDS	-.29**	-.34**	-.21*	-.24*
SIC	1	.86**	.89**	.87**
PA	.48**	.52**	.38**	.36**
NA	-.49**	-.34**	-.49**	-.47**
Saúde	.16	.13	.13	.15

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Tal como é sugerido pela literatura, algumas componentes de carácter demográfico (sexo, estado civil, classificação social, etc.), bem como, algumas medidas de bem-estar subjectivo encontram-se correlacionadas com o Sentido Interno de Coerência. A fim de compreender qual a influência destas medidas no SIC procedeu-se a uma análise de regressão. No presente caso, utilizou-se uma regressão múltipla “*stepwise*” para determinar as variáveis que predissessem o Sentido Interno de Coerência. Para a análise de regressão múltipla foi incluída um conjunto de variáveis contínuas: a idade, a escala positiva e negativa de afectividade; a escala de satisfação com a vida e a escala de depressão geriátrica.

Quadro 20

Sumário da regressão hierárquica

Modelo	R	R ²	F	Sig F
1	.49	.24	31,27	.00
2	.68	.48	42,54	.00

Tendo em conta o poder preditivo das variáveis, apresenta-se no quadro 20 os diferentes coeficientes de regressão. Duas variáveis emergiram como predictoras significativas do Sentido Interno de Coerência. Tal como podemos verificar a variável afectividade negativa aparece no primeiro passo/modelo como um dos factores de maior poder preditivo. Curiosamente tal posição é mantida no segundo passo/modelo a par da variável afectividade positiva. Ambas as variáveis explicaram 48% da variância nos scores do Sentido Interno de Coerência.

Quadro 21

Coefficientes de regressão

	<i>Modelo</i>		<i>B</i>	<i>SP</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig</i>
	1	NA	-1,76	.31	-.49	-5,59	.00
	2	NA	-1,74	.26	-.49	-6,55	.00
		PA	1,47	.23	.48	6,40	.00

Estes dados reforçam os anteriormente obtidos por Strumpfer e colaboradores em 1998, nos quais a escala negativa de afectividade (NA) e a escala positiva da afectividade (PA) relacionam-se significativamente com o SIC, sendo que a primeira assume um peso maior que a segunda e no seu conjunto contribui entre 25 e 47% na escala do SIC. Confirma-se, também, o que é defendido pela literatura, que diz que as escalas de afectividade surgem como os factores preditivos de maior importância, comparativamente às outras medidas de bem-estar (Compton et al;1996 e Wissing e van Eden, 1997). Neste caso, comparativamente às medidas de Satisfação com a Vida e Depressão.

Os presentes resultados permitem extrair conclusões relativamente à **Hipótese 7**, na qual se alega que as variáveis demográficas apresentam uma influência/peso menor do que as medidas de avaliação do bem-estar (Bem-estar subjectivo e Depressão) no Sentido Interno de Coerência. De facto, nenhuma das variáveis demográficas do estudo entrou como factor predictor na análise de regressão múltipla e no caso das medidas de bem-estar (PANAS, Satisfação com a Vida e Depressão), apenas a afectividade positiva (PA) e afectividade negativa (NA) entraram como factor preditivo, explicando cerca de 47% da variância. Tal dado não nos permite retirar uma conclusão objectiva para a hipótese 7. Contudo,

é possível verificar uma importância/peso dos aspectos afectivos das medidas de bem estar subjectivo, em detrimento dos aspectos cognitivos e demográficos.

III.4 Conclusões

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a Organização Mundial de Saúde, prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos com 80 ou mais anos constituem um grupo em grande crescimento.

Portugal não é excepção a este panorama. Neste âmbito prevê-se que em 2020, a importância relativa e absoluta ultrapasse a importância dos jovens; assistindo paralelamente a um aumento da proporção da população com 75 anos ou mais.

As teorias de envelhecimento bem sucedido vêem o sujeito como pró-activo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e activamente envolvidos na manutenção do bem-estar.

No avanço dos estudos de resistência imunológica, chegou-se à resistência Psicossocial. Antonvsky descreve todo um conjunto de recursos de resistência, que inclui recursos materiais e intelectuais, identidade do ego, estratégia de coping, apoio social, redes de sociabilidade, motivação, coesão, controlo, religião; entre muitas outras. Todos estes recursos interagem num conjunto estável de respostas às grandes questões da vida e uma atitude de orientação preventiva. Deste modo o modelo salutogénico postula uma determinante específica para a saúde e o bem-estar – O Sentido Interno de Coerência.

Se o indivíduo revelar uma alta Ccom, ele olha os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada. Para o seu valor baixo, os indivíduos estão desmunidos quanto à percepção que desenvolvem dos recursos pessoais ou sociais que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pelas situações stressantes.

Quanto mais alto o sentido de CGma do indivíduo, menos este se sente atingido negativamente pelos acontecimentos, e menos considera a vida como antagónica.

Quando é considerada a dimensão da Clmea, se ela é orientada para um valor elevado, os sujeitos retiram dos acontecimentos de vida sentido, e, por isso, encontram razão para neles investir a sua energia e interesse. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece na vida, mas de investir recursos para superar as situações com dignidade.

Várias dezenas de trabalhos envolvendo o Sentido Interno de Coerência foram sendo realizadas na última década. A correlação significativa do conceito com um conjunto de alterações no nível da saúde denota o seu vigor e a sua validade. O presente estudo tentou promover uma reflexão teórica e prática acerca do papel específico do sentido da coerência em funcionar psicológico, mais especificamente em medidas de bem-estar: Satisfação com a Vida, afectividade Positiva/negativa, Depressão e Percepção do Estado de Saúde.

O Sentido Interno de Coerência é um constructo recente, mas ambíguo, complexo e influenciado por inúmeros factores sócio-culturais.

É relevante mencionar aqui que, o SIC, tomado como uma variável independente (e não como mais uma maneira para medir *a saúde* de um indivíduo) é um constructo fundamentalmente estruturado por factores sociais que aproxima da compreensão da saúde como algo muito mais global (definição da saúde da OMS) do que aquilo que o modelo bio-ético apresenta.

A ambiguidade e a complexidade do Sentido Interno de Coerência são determinadas pela dificuldade em encontrar uma única definição para este constructo. Como vimos anteriormente este pode conter diversas definições: uma medida de saúde mental; uma variável preditora de saúde; uma medida simples de depressão ou um traço de personalidade.

Tendo em conta os objectivos específicos propostos para este estudo é possível verificar que as relações entre o Sentido Interno e algumas medidas de bem-estar subjectivo são aqui confirmadas; nomeadamente aqueles que dizem respeito à componente afectiva do bem-estar subjectivo (afectividade positiva e negativa); a Depressão e a percepção do estado de saúde por parte dos sujeitos. O mesmo não poderá ser dito da componente cognitiva do Bem-estar subjectivo – a Satisfação com a Vida; que no presente estudo assume uma relação invulgar com o Sentido Interno de Coerência.

A relação das variáveis demográficas com o Sentido Interno de Coerência são exploradas, apontando claramente o sugerido por Antonovsky (à excepção do sexo / género), na sua teoria inicial e na qual as variáveis demográficas não influenciavam directamente os valores médios de Sentido Interno de Coerência. Tal relação é ainda confirmada pela análise regressional ao Sentido Interno de Coerência e as variáveis contínuas (Idade, Satisfação com a Vida; Depressão, Afectividade Positiva e Negativa), das quais emerge como factor preditor a componente afectiva do Bem-estar subjectivo, em detrimento de variáveis demográficas e variáveis cognitivas do bem-estar subjectivo. Tais resultados permitem concluir, também, que mais do que uma medida de saúde mental ou de funcionamento cognitivo, o SIC é uma estratégia de coping e um construto complexo, com inter-relações com os diferentes níveis de personalidade.

Diversas limitações metodológicas podem ser levantadas a este estudo. Entre muitas salientamos a heterogeneidade da amostra e nas suas variáveis demográficas; nomeadamente no sexo, no qual houve uma prevalência maior do sexo feminino; assim como o nível das habilitações literárias e profissional, no qual houve uma prevalência maior de sujeitos portadores de 12 ou mais anos de eSIClaridade e uma prevalência maior do grupo 2 da Escala de Classificação Social de Graffar (Composto por administradores de empresas públicas/privadas, funcionários titulares de cargos de elevada responsabilidade e comerciantes).

Ainda, dentro da Escala de Classificação Social de Graffar, devemos salientar, que a determinação do valor global da classificação foi claramente prejudicada pela eliminação do tópico *Valor do Rendimento Mensal Bruto*, o que impossibilitou a obtenção de um factor numérico a relacionar com o Sentido Interno de Coerência. Assim, a exploração dos dados da classificação social dos sujeitos foi de carácter qualitativo e individual, limitando-se à análise de frequências das restantes variáveis, o que comprometeu e limitou a obtenção de dados concretos acerca da relação do Sentido Interno com a classificação social dos sujeitos.

Referências Bibliográficas

- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association*. (5 ed.). Washington, DC: Author.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1984a). The sense of coherence as a determinant of health. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, e S. M. Weiss (Eds.), *Behavioural Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (pp. 114-129). San Francisco: John Wiley and Sons Inc.
- Antonovsky, A. (1984b). A call for a new question - salutogenesis - and a proposed answer - the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*, 2, 1-13.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health?. *Advances* 8, 33-49.
- Antonovsky, A. (1993a). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Antonovsky, A. (1993b). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, (6) 36, 725-733.
- Baltes, P., Reese, H. e Lipsitt, L. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 8, 191-215
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184
- Barreto, J. M. (1984). *Envelhecimento e saúde mental*. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina (Dissertação de Doutoramento).
- Barros, J. (2000). Felicidade: teorias e factores. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 281-309.

- Barros, J. (2001). Felicidade: natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 5 (2), 289-318.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Bem-Sira, Z. (1985). Potency: a stress-buffering link in the coping-stress-disease relationship. *Social Science and Medicine*, 21, 397- 406.
- Bernstein, J., & Carmel, S. (1987). Trait anxiety and the sense of coherence. *Psychological Reports*, 60, 1000 - ????
- Bernstein, J., & Carmel, S. (1991). Gender differences over time in medical school stressors, anxiety and the sense of coherence. *Sex Roles*, 24, 335–344.
- Bezrukov, V. e Foigt, N. A. (2005). Longevidad centenária en Europa. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, (5) 40, 300-309.
- Birren, J. e Renner, V. (1977). Theory and methods in psychology of aging. In J. Birren e K. Schaie. *Handbook of Psychology of Aging*, (pp. 3-38), Van Nostrand Reinhold, N.Y.
- Birren, J. e Schroots, J. (2001). History, concepts and theory in the psychology of aging. In J. Birren e K Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5ª ed.)(pp. 3-23). San Diego: Academic Press.
- Birren, J., Cunnigham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. In J. Birren e K. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*, Nova Iorque, Van Nostrand.
- Blazer, D. G. et al (1992). *Distúrbios afetivos no idoso*. Psiquiatria Geriátrica. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Blazer, DG. et al. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community. *Gerontologist*, 27, 281-287.
- Bowman, B. (1996). Cross-cultural validation of Antonovsky's sense of the coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 547-549.
- Brooks, J. (1998). Salutogenesis, successful aging, and advancement of theory on family caregiving. In H. McCubbin, E. Thompson, A. Thompson e J. Fromer (Eds.). *Stress, coping and health in families sense of coherence and a resiliency*. London: SAGE.
- Buehler, C.(1935). The curve of life as studied in biographies. *Journal of Applied Psychology*, 19, 405-409.

- Carmines, E. (1979). *Reability and validity assessment* (pp.?????). London: John Sullivan.
- Carstens, J. e Spangenberg, J. (1997). Major depression: a breakdown in sense of coherence. *Psychological Reports*, 80, 1211 – 1220.
- Cassel J. e Leighton A.H. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-115.
- Chimich, W. e Nikolaichuk, C. (2004). Exploring the Links Between Depression, Integrity, and Hope in the Elderly. *Journal of Psychiatry*, 49, 428–433.
- Clark, L. A., Watson, D. and Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A. e Qualls, D. L. (1996). Factor Structure of mental health measures, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 406 – 413.
- Coopersmith, S. (1983). *The antecedents of self esteem*. San Francisco: Freeman.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 159 - 182). Lisboa: Climepsi Editores.
- Crandall, J. (1984). Social interest as a moderator of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 164-174.
- Dantas, R.; Motzer, S. e Ciol, M. (2002). The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 745–755
- Deneve, K. e Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229.
- Diener, E. e Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. e Griffins, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality assessment*, 49 (1) 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., e Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2) 276-302

- du Toit, M. M, Wissing, M. P. e Randall, P.B. (1997). *Sense of the coherence personality, and mental health*; poster apresentado no Congresso anual da Sociedade de Psicologia de África do Sul, Durban, África do Sul.
- Eriksson, M. e Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59, 460 – 466.
- Feldt, T, Leskinen, E., Kinnunen, U. e Ruoppila, I. (2003). The stability of sense of coherence: comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and individual differences*, (5) 35, 1151-1165.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Flaherty, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support : theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science Medicine*, 28, 1221-1228.
- Flannery, R. e Flannery G. (1990). Sense of the coherence, life stress, and psychological distress: a prospective methodological enquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 415-420.
- Flannery, R., Perry, J., Penk, W. e Flannery G. (1994). Validating Antonovsky's Sense of the Coherence Scale, *Psychological Assessment*, 5, 145 -153.
- Fonseca, A. M. (2005a). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paul e A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005b). Acontecimentos de vida, stress e coping: a teoria salutogénica. In A. M. Fonseca, *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (pp.157-160). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M. (2005c). Psicologia desenvolvimental do ciclo de vida e adaptação ao envelhecimento. In A. M. Fonseca, *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (pp.205-222). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gana, K, (2001). Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well-being in adults?. *Stress and Helth*, 17, 77-83.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
- Gouveia, J. A. (1990). *Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão. Estudo da sua interacção com os acontecimentos de vida*. Coimbra:

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica).

- Graça, M. J. e Dias, C. D. (2001). Como as pessoas avaliam o seu próprio estado de saúde em Portugal. Dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e de 1998/1999 In *Observações n.º 11*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde.

- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population, *Courier*, 6, 455-459.

- Graffar, M. (1957). *Cinq cents familles d'une commune de l'agglomération bruxelloise*. Bruxelles : Institut de sociologie Solvay.

- Graffar, M. (1966). Contribution à l'étude de l'influence des conditions socio-économiques sur la croissance et le développement de l'enfant, *Courier*, 15, 1-25.

- Green, L. (1994). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, CA : Mayfield Publishing Co.

- Guz, I. (1990). Depressão. *O que é, como se diagnostica e como se trata*. S. Paulo: Roca.

- Hall, S. (1922). *Senescence: The last Half of life*. New York: Appleton.

- Harris, P. e Lightsey, O. (2005). Constructive Thinking as a Mediator of the Relationship Between Extraversion, Neuroticism and Subjective Well-Being. *European Journal of Personality*, 19, 409–426.

- Haw, M. (1982). Women, work and stress: a review and agenda for the future. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 132-144

- Hittner, J. B. (1994). Sense of the coherence and the neuroticism confound: question regarding discriminant validity; poster apresentado no Congresso da Sociedade de Medicina Comportamental; New York, Estados Unidos de América.

- Holmes, T. H. (1974). Life change and illness susceptibility. In *stressful life events : Their nature and effects*. Dohrenwend, B. P. and Dohrenwend, B. P., (Eds)(pp. 44-72). New York : John Wiley.

- Hunt, A. (1982). *Classes e Estrutura de classes*. Lisboa : Edições 70.

- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2004). *Projeções de Portugal residente, Portugal e NUTSII: Decréscimo e Envelhecimento da população até 2050*. Lisboa: INE.
- Jenkins, C. (1971). Psychologic and social precursors of coronary disease. *New England Journal of Medicine*, 284, 244-255.
- Kaplan, B. H. (1977), Social support and health. *Medical Care Supplement*, 15, 47-58.
- Kessler, R. C. (1979). A strategy for studying differential vulnerability to the psychological consequences of stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 20, 100-108
- Kirkwood, T. (1998). The nature and causes of ageing. In *Research and Ageing Population*, Ciba Foundation Symposium, 134, John Wiley & sons, Chichester.
- Kobasa, S. (1979). Stressfull life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 707-717.
- Korotkov, D. L. (1993). An assessment of the Sense of Coherence personality measure: issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences*, 14, 575 – 583.
- Larsson, G. e Kallenberg, K. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *The European Journal of Public Health* (3) 6, 175-180.
- Lazarus, S. R. (1997). *Stress and coping, an anthology*. New York: Columbia University Press.
- Lefcourt, H. M. (1986). *Humor and life stress: antidote to adversity*. New York: Springer – Verlag.
- Leighton, A. H. et al. (1974). Social disintegration and mental disorder. In G. Caplan (Ed.). *American Handbook of Psychiatry* (pp. 411-423). New York: Basic Books.
- Leighton, A.H. et al. (1963). *Psychiatric Disorders amog the Yuruba*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Leshan, L. (1966) Antonovsky emotional life-history pattern associated with neoplastic disease, *Annals of the New York Academy of Science*, 125,780-793.

- Levinson, D. (1990). A theory of life structure development in adulthood. In C. Alexander e E. Langer (Eds.), *Higher stages of human development* (pp. 35-53). Oxford: Oxford University Press.
- Lewis, J. S. (1996). Sense of Coherence and the strengths perspectives with older persons. *Journal of Gerontological Social Work*, (3-4) 26, 99-112.
- Lidz, T. (1983). *A pessoa: Seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, A. e Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria velhice. *Psicologia*, VI (1), 149 – 158.
- Lundberg, O. (1993). *The effect of the sense of coherence on health status in Sweden*, Swedish Institute for social research, Stockholm University, un.p. paper.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Marques, A. R. (1989). Aspectos da 3ª idade. *Psiquiatria Clínica*, 271-275.
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person?. *Journal of Personality*, 63, 365-396.
- McCrae, R. R. and John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications, *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- McCubbin, H., Thompson, E., Thompson, A., e Fromer, J. (1998). «Preface», in W.Sze (ed.), *Coping with life crises: An integrated approach*, Nova Iorque: Plenum Press.
- McSherry, W. C., e Holm, J. E. (1994). Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 476–487.
- Mirchandani, I.C. (1991). A depressão nos idosos. *Momento Médico* 31(3), 9-15.
- Mlonzi, E. N. e Strumpfer, D. J. W. (1998). Antonovsky Sense of Coherence Scale and 16PF second-order factors, Social Behavior and Personality, *European Journal of Personality*, 12.
- Monroe, S. M. (1982). Life events and disorder: Event-symptom associations and the course of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 9, 14-24.

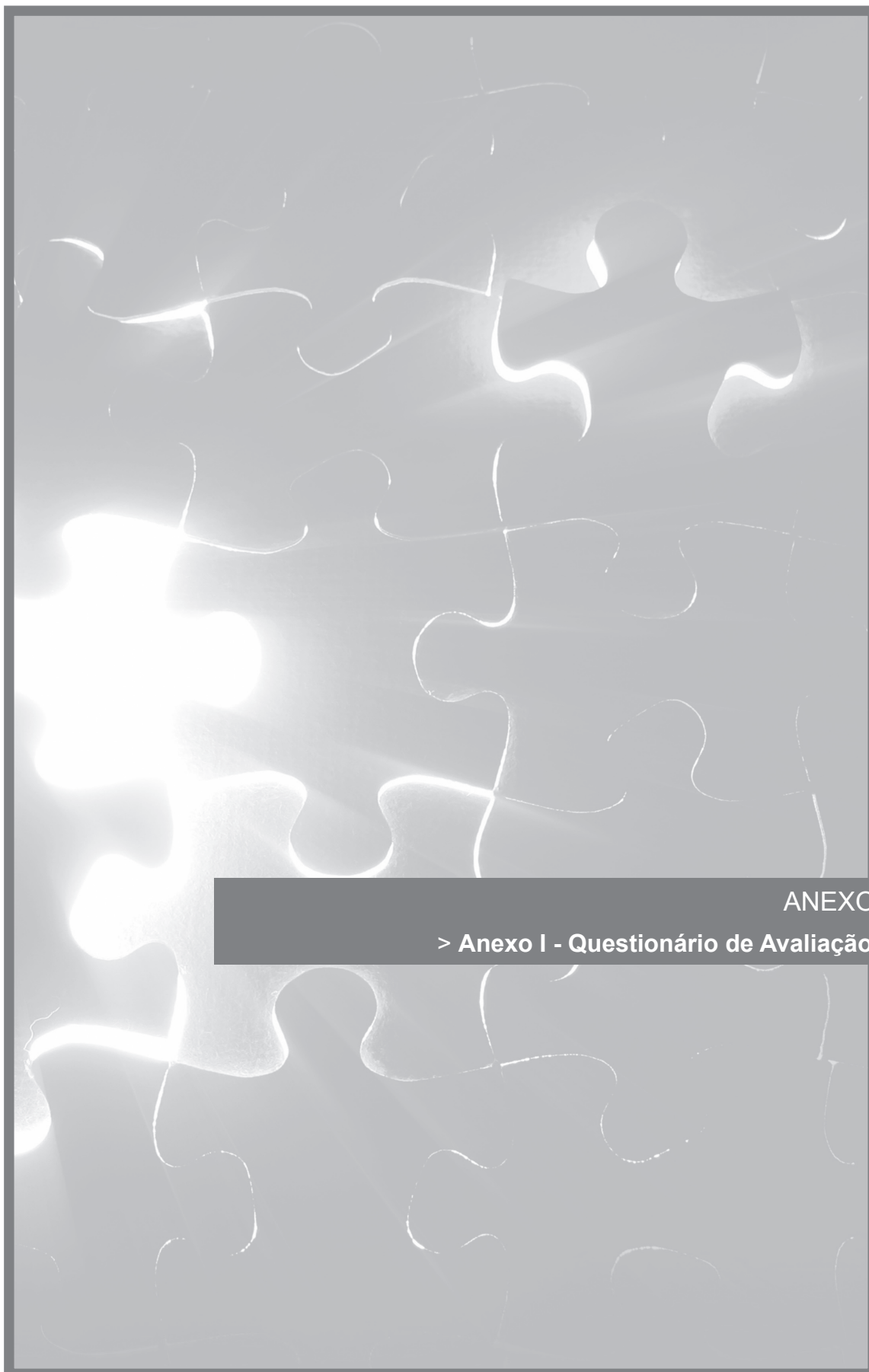
- Nazareth, J. M. (1999). Envelhecimento demográfico e relação entre gerações. *Psicologia, Educação e Cultura*, (2) 3, 239 - 252.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- Neto, F. et al. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, et al. (Eds.), *A acção educativa: análise psicossocial* (pp. 105-117). Leiria: ESEL/APPORT.
- Neto, F., Mullet, E., E Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, et al. (Eds.), *A acção educativa: análise psicossocial* (pp.105-117). Leiria: ESEL/APPORT.
- Nunes, L. A. (1999). *O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Relatório de Investigação para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, apresentado na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde. *The world health report*. Geneva; 2001.
- Pallant, J. e Lae. L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33, 39 – 48.
- Palminha, J. M. et al. (1993). *Os Filhos dos Toxicodependentes. Novo grupo de risco bio-psico-social* (pp.174-175). Porto: Laboratórios Bial.
- Paul, C. (1997). Noções gerais sobre o envelhecimento. In C. Paul, *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*, (pp.9-24). Coimbra: Livraria Almedina.
- Paul, C. (2005). Introdução à problemática do envelhecimento humano. In Paul, C. e Fonseca, A. M. (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paul, C. e Fonseca A. M. (2001). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. IN C. Paul e A. M. Fonseca, *Psicossociologia da saúde* (pp. 11-128). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paul, C. e Fonseca, A.M. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, (2) 3, 345-362.
- Paul, C., Fonseca, A. M., Martin I. e Amado, J. (2005). Satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos portugueses. In *Envelhecer em Por-*

tugal. *Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi Editores.

- Peralim, L. J.(1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*,19, 2-21
- Pereira, A. (2003). SPSS Guia Prático de utilização Análise de dados para ciências sociais e psicologia. (4 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, A.C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Jornal de Psicologia.
- Prost, A., (1991). Fronteiras e espaços privados. In Aires e Duby (Eds), *História da Vida Privada*, Edições Afrontamento, Porto.
- Rennemark, M., e Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging and Mental Health*, 3, 79–87.
- Rosa, M. (1987). *Psicologia evolutiva – Vol.IV – Psicologia da idade adulta* (3ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Rosenbaum, M. (1988). Learned resourcefulness, stress and self-regulation. In S.Fisher e J. Reason (Eds.). *Handbook of life-stress, cognition and health* (pp. 483-496). Chichester: Wiley.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 609-614.
- Saboga, N. (1998). *Compreender o Cidadão*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (4) 16, 25.
- Schamale, A. H. (1966) The psychological setting of uterine cervical cancer. *Annals of the New York Academy of Science*, 125, 807-816.
- Schneider, G. et al. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39; 227– 237.
- Schnyder, U., Buchi, S., Morgeli, H., Sensky, T. e Klaghofer R. (2000). Sense of coherence – a mediator between disability and handicap?. *Psychother-Psychosom*, 68, 102-110.
- Scroots, J. e Birren, J. (1980). *A psychological point of view toward human aging and adaptability*. In *Adaptability and Aging; Proceedings of 9th International Conference of Social Gerontology*, Quebec, Canadá.

- Selye, H. (1974). *The stress of life*. New York: J.B. Lippincott.
- Sheier, M. e Craver S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26 (3), 503-515.
- Simões, A., Ferreira, A., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: o estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 243-279.
- Sousa, L.; Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, (3)37:364-71.
- Sparacino, J.(1982) .Blood preassure, stress and mental health. *Nursing Research*,31(2), 89-94.
- Struempfer, D. J. W.; Gouws, F. e Viviersk, M.R. (1998). Antonovsky's Sense of Coherence Scale Related to Negative and Positive Afectivity. *European Journal of Personality*, 12, 457±480.
- Taylor, S. (1986) *Health psychology*. New York : Random House.
- Teixeira, J. A.; Branco, A. (1989). Fenomenologia da dor moral. *Psiquiatria Clínica*, (1) 10, 31-34
- Thomas, C.B. (1981). Stamina: the thread of human life. *Journal of Chronic Diseases*, 34, 41-44.
- Vaz Serra, A. e tal. (1977). Depressões na Terceira Idade. *O Médico* , 1352, 149-157.
- Veloso, C. E. (????). As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Contributos para uma caracterização. *Comunicação feita no IV Congresso Português de Sociologia*. Lisboa, Portugal.
- Verissimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais – escala de depressão geriátrica*. Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.
- Watson, D. and Clark, L. A. (1992). On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 441-476.

- Willits, F. e Crider, D. (1998). Health rating and life satisfaction in later middle years. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43(5), 172-176.
- Wissing, M. P. e Van Eeden, C. (1997). *Psychological well-being: a fortigenic conceptualization and empirical clarification*, paper presented at Annual Congress of Psychological Society of South Africa, Durban, September, 1997.
- Yesavage, J.A., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. e Leirer, V.O. (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Yessavage, J. A. (1988). Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 709.



ANEXOS

> Anexo I - Questionário de Avaliação >

Questionário de Avaliação

O presente questionário faz parte de uma investigação a decorrer no âmbito do mestrado em Psicologia do Idoso da Universidade do Porto e que tem como objectivo geral determinar a relação existente entre o sentido interno de coerência, as medidas de bem-estar subjectivo, a satisfação com a vida, a percepção de saúde e a depressão na população idosa.

Não há respostas erradas, todas estão certas desde que sejam sinceras. O questionário é anónimo.

Obrigada pela sua colaboração.

I Parte

1. Sexo Feminino _____ Masculino _____

2. Idade: _____

3. Estado Civil

Solteiro (a)	_____	Casado ou vivendo com pessoas significativas (a)	_____	Divorciado(a)	_____	Viúvo(a)	_____
--------------	-------	--	-------	---------------	-------	----------	-------

4. Profissão: _____

5. Habilitações Literárias:

<ul style="list-style-type: none">· Curso Superior com duração de > 4 anos· Licenciatura· Mestrado· Doutoramento	_____
<ul style="list-style-type: none">· Curso Superior Politécnico ou outro com duração <3· Bacharelato	_____
<ul style="list-style-type: none">· 12º Ano· Entre 9 e 12 anos de escolaridade	_____
<ul style="list-style-type: none">· Ensino Primário completo (Entre 4 a 9 anos de estudo)	_____
<ul style="list-style-type: none">· Ensino primário incompleto (menos de 4 anos)· Analfabeto	_____

6. Fontes do rendimento:

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação

1	2	3	4	5
Heranças	<ul style="list-style-type: none">· Rendimentos ou lucros de empresas e propriedades· Altos honorários· Lugares bem remunerados	Vencimento mensal fixo	<ul style="list-style-type: none">· Remunerações inferior ao salário mínimo nacional· Pensionistas ou reformados· Vencimentos incertos	<ul style="list-style-type: none">· Subsídios de beneficência pública ou privada

7. Conforto do alojamento:

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação

1	2	3	4	5
Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo o máximo de conforto	Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	Casa ou andar modesto, em bom estado de conservação, com cozinha, casa de banho, e electrodomésticos essenciais	Casa ou andar degradado, com cozinha e casa de banho Categoria intermédia entre 3 e 5	Alojamento impróprio para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto.

8. Local de residência:

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação

1	2	3	4	5
Zona residencial elegante. Valor do terreno ou aluguer é elevado	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas	Zona antiga Ruas comerciais ou estreitas, com casas de aspecto geral menos confortável	Bairro social ou operário	Bairro de lata

II Parte

A seguir estão cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala 1-7 em baixo, indique o seu grau de acordo com cada item colocando o número apropriado na linha que precede esse item. Por favor, seja sincero e honesto na sua resposta.

Item							
1. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito (a) com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	1	2	3	4	5	6	7

III PARTE

Faça um círculo em volta do número que melhor corresponda à sua situação (evitando se possível o número intermédio):

Considera o seu estado de saúde....

1	2	3	4
Mau	Razoável	Bom	Muito Bom

IV PARTE

Encontra-se a seguir, um alista de palavras, que representam diferentes sentimentos e emoções. Indique, até que ponto, experimentou esses sentimentos e emoções, na semana passada.

Responda, marcando uma cruz (x), no quadradinho apropriado, ao lado de cada palavra: no quadradinho 1, se experimentou esse sentimento ou emoção “muito pouco ou nada”; no quadradinho número 2, se os experimentou “um pouco”, etc. Marque a cruz, só num dos cinco quadradinhos à frente de cada palavra.

	1	2	3	4	5
1. Interessado (a)	Muito pouco ou nada	Um pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo
2. Afrito (a)	Muito pouco ou nada	Um pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo
3 Estimulado (animado)	Muito pouco ou nada	Um pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo
4. Aborrecido (a)	Muito pouco ou nada	Um pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo
5. Forte	Muito pouco ou nada	Um pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo

6.Culpado	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
7.Assustado (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
8. Hostil (inimigo)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
9. Entusiasmado (arrebato)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
10. Orgulhoso (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
11.Irritável	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
12.Atento (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
13.Envergonhado (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
14. Inspirado (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
15. Nervoso(a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
16. Decidido (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
17. Atencioso (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
18. Agitado (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
19. Activo (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
20. Medroso (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
21. Emocionado (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
22. Magoado (a)	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo

V PARTE

Apresenta-se de seguida uma série de questões relacionadas com a nossa vida. Cada questão tem várias respostas possíveis. Assinale com uma cruz o número que melhor expresse a sua resposta, com o número 1 e 7 nos extremos. Assinale apenas uma resposta para cada questão.

1.	Quando fala com outras pessoas, tem o sentimento de que elas não o compreendem?	Nunca tenho esse sentimento	1	2	3	4	5	6	7	Tenho sempre esse sentimento
2.	No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que	As coisas não iriam ser feitas	1	2	3	4	5	6	7	As coisas iam ser feitas

3.	Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente	Como pessoas estranhas	1	2	3	4	5	6	7	Conheço-as muito bem
4.	Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	Muito raramente	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente não me interessa
5.	Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
6.	Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava?	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
7.	A vida é:	Cheia de interesse	1	2	3	4	5	6	7	Absolutamente rotineira
8.	Até hoje na vida	Não consegui um projecto e um rumo próprio	1	2	3	4	5	6	7	Consegui um projecto e um rumo próprio
9.	Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca
10.	Nos últimos dez anos a sua vida tem sido	Cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Completamente consistente e previsível
11.	A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente	Completamente fascinantes	1	2	3	4	5	6	7	Tremendamente aborrecidas
12.	Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	Aconteceu sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca aconteceu
13.	Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida	Consegue-se sempre encontrar uma solução para as coisas dolorosas da vida	1	2	3	4	5	6	7	Nunca há solução para as coisas dolorosas da vida
14.	Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente	Sente como é bom viver	1	2	3	4	5	6	7	Pergunta-se a si próprio porque razão veio ao mundo
15.	Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é	Sempre confusa e difícil de encontrar	1	2	3	4	5	6	7	Sempre perfeitamente clara
16.	Aquilo que você faz diariamente é	Uma fonte de profunda satisfação e prazer	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento

17.	A sua vida futura será provavelmente cheia de mudanças sem você	Prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Perfeitamente consistente e previsível
18.	Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	Afundar-se no problema	1	2	3	4	5	6	7	Dizer para si mesmo "Paciência, tudo se há-de resolver e seguir em frente"
19.	Tem sentimentos e ideias muito confusas?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
20.	Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação	Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar	1	2	3	4	5	6	7	Fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
21.	Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente
22.	Tem expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:	Não terá qualquer sentido ou projecto próprio	1	2	3	4	5	6	7	Terá pleno sentido e projecto próprio
23.	Pensa que haverá sempre pessoas com quem você possa contar no futuro?	Estou certo que haverá	1	2	3	4	5	6	7	Duvido que haja
24.	Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
25.	Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter, muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?)	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente
26.	Quando alguma coisa acontece, você geralmente acaba por verificar que:	Avaliou mal a dimensão do problema	1	2	3	4	5	6	7	Avaliou correctamente a dimensão do problema
27.	Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem o sentimento de que:	Conseguirá ultrapassar as dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	Não conseguirá ultrapassar as dificuldades
28.	Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que você faz na sua vida diária?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
29.	Com que frequência tem sentimentos que duvida pode controlar?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca

VI PARTE

Assinale a resposta mais adequada ao seu estado de espírito durante a última semana:

1. Está satisfeito com a sua vida?	1 Sim	2 Não
2. Abandonou muitas actividades de seu interesse?	1 Sim	2 Não
3. Sente que a sua vida é vazia?	1 Sim	2 Não
4. Sente tédio na sua vida?	1 Sim	2 Não
5. Vê o futuro com optimismo?	1 Sim	2 Não
6. Sente-se perturbado por pensamentos que não lhe saem da cabeça?	1 Sim	2 Não
7. Está, geralmente, de bom humor?	1 Sim	2 Não
8. Tem medo que alguma coisa de mau lhe possa acontecer?	1 Sim	2 Não
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	1 Sim	2 Não
10. Sente-se indefeso com frequência?	1 Sim	2 Não
11. Sente-se irrequieto?	1 Sim	2 Não
12. Você prefere ficar em casa em vez de sair à descoberta de novas experiências?	1 Sim	2 Não
13. Preocupa-se, frequentemente com o futuro?	1 Sim	2 Não
14. Tendo em conta a média, considera que tem uma memória pior do que esta?	1 Sim	2 Não
15. Acha que é maravilhoso estar vivo neste momento?	1 Sim	2 Não
16. Sente-se desanimado e deprimido com frequência?	1 Sim	2 Não
17. Sente que não tem valor no estado em que se encontra agora?	1 Sim	2 Não
18. Preocupa-se muito com o Passado?	1 Sim	2 Não
19. Acha a vida excitante?	1 Sim	2 Não
20. É difícil para si iniciar novos projectos?	1 Sim	2 Não
21. Sente-se cheio de energia?	1 Sim	2 Não
22. Sente que não há esperança para a sua situação?	1 Sim	2 Não
23. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você?	1 Sim	2 Não
24. Altera-se (frequentemente) com pequenas coisas?	1 Sim	2 Não
25. Tem (frequentemente) vontade de chorar?	1 Sim	2 Não
26. Tem dificuldades em concentrar-se?	1 Sim	2 Não
27. Gosta de se levantar de manhã?	1 Sim	2 Não
28. Prefere evitar encontros sociais?	1 Sim	2 Não
29. Toma decisões como antigamente?	1 Sim	2 Não
30. A sua mente está tão clara como antigamente?	1 Sim	2 Não

U. PORTO

FPCE FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO





U.PORTO